

## Institutional Review Board Translator's Declaration

**IRB#:**  
**PI:**

To the Institutional Review Board:

I, Salma Anwar declare that I am fluent in and understand the English language and the Arabic language. To the best of my knowledge and belief, the attached translation(s) are true, accurate and correct.

Attached are (1) the original documents (In English) and (2) the Arabic- translated version(s).

Other than my role as a translator, I have no other involvement with the above-referenced research proposal.

Translator's Name (Print): \_\_\_ Salma Anwar \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_ 151 Gamal Abdul Nasser St., Sidi Bishr, Alexandria 21599 \_\_\_\_\_

Phone No.: 002035542237 Fax No.: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_ rali@arabiclocalizer.com \_\_\_\_\_

\_\_\_ Salma Anwar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ March 22nd \_\_\_\_\_

Signature

Date

**Institutional Review Board  
Consent to Participate in Research**

**Principal Investigator:**

**Version Date:**

**Study Title:**

**Institution/Hospital:**

**نموذج مختصر لوثيقة الموافقة المستنيرة الكتابية**

**يجب أن تكون هذه الوثيقة مكتوبة بلغة مفهومة للشخص الخاضع للدراسة وينبغي أن تكون مرفقة بملخص مكتوب للمعلومات المقدمة شفهيًا.**

أنت مدعو للمشاركة في دراسة بحثية.

قبل أن توافق، يجب أن يخبرك طبيب الدراسة بما يلي:

1. سبب إجراء الدراسة والأمر التي سيتم إجراؤها ومدة مشاركتك في الدراسة؛
2. أي اختبارات أو علاجات تجريبية؛
3. أي مخاطر أو آثار جانبية يمكنك توقعها والآثار الحميدة التي قد تنتج عن الدراسة؛
4. العلاجات الأخرى التي قد تتلقاها إذا قررت عدم المشاركة في الدراسة؛ و
5. كيف سيتم الاحتفاظ بسجلات الدراسة ومن يمكنه الاطلاع عليها.

عندما ينطبق أي من الأمور التالية، يجب أن يخبرك طبيب الدراسة بشأن ما يلي:

1. التعويض المالي في حالة تعرضك للإصابة نتيجة المشاركة في الدراسة البحثية؛
2. إمكانية وقوع مخاطر أخرى غير معروفة؛
3. الأسباب التي يمكن أن تجعل طبيب الدراسة يقوم بإخراجك من الدراسة؛
4. التكاليف التي تتحملها إذا شاركت في الدراسة؛
5. ماذا سيحدث إذا قررت التوقف عن المشاركة في الدراسة؛
6. متى سيتم إخبارك بأي نتائج جديدة يمكن أن تؤثر على مدى شعورك حيال الاستمرار في الدراسة؛ و
7. عدد الأشخاص الذين سيشاركون في الدراسة.

إذا وافقت على المشاركة في الدراسة، يجب أن يعطيك طبيب الدراسة نسخة من هذا النموذج بعد توقيعه بالإضافة إلى ملخص مكتوب للدراسة.

إذا كان لديك أي أسئلة حول هذه الدراسة البحثية أو إذا كنت تشعر أنك قد تعرضت للأذى بسبب هذه الدراسة، يُرجى عدم التردد في الاتصال بـ  
على الرقم

لمعرفة المزيد من المعلومات حول إعطاء الموافقة أو حول حقوقك كمشارك في هذه الدراسة، اتصل بمكتب مجلس المراجعة المؤسسية  
(Institutional Review Board Office) على الرقم 322-2918 (615) أو على الرقم المجاني  
(866)224-8273.

لست مجبراً على المشاركة في هذه الدراسة البحثية. يمكنك اختيار عدم المشاركة في هذه الدراسة وتلقي علاجات أخرى دون حدوث تغيير في الرعاية  
الصحية أو الخدمات أو الحقوق الأخرى الخاصة بك. يمكنك إيقاف مشاركتك في هذه الدراسة في أي وقت.

**Institutional Review Board  
Consent to Participate in Research**

**Principal Investigator:**

**Version Date:**

**Study Title:**

**Institution/Hospital:**

بيان الشخص الذي يوافق على المشاركة في هذه الدراسة  
لقد تم شرح الدراسة البحثية لي شفهيًا. وقد تمت الإجابة عن جميع أسئلتي، وأنا أختار بحرية وبشكل طوعي المشاركة في هذه الدراسة.

\_\_\_\_\_

Date                      التاريخ                      Signature of Participant                      توقيع المشارك

\_\_\_\_\_

Date                      التاريخ                      Signature of Witness                      توقيع الشاهد

\_\_\_\_\_

Date                      التاريخ                      توقيع المترجم الفوري (إذا كان ينطبق)  
(if applicable) Signature of Interpreter

**Institutional Review Board  
Consent to Participate in Research**

**Principal Investigator:**  
**Study Title:**  
**Institution/Hospital:**

**Version Date:**

**SHORT FORM WRITTEN INFORMED CONSENT DOCUMENT**

***This document must be written in a language understandable to the subject and should be attached to a written summary of the information that is presented orally.***

You are being asked to take part in a research study.

Before you agree, the study doctor must tell you about:

- (i) the reason for doing the study, the things that will be done and how long you will be in the study;
- (ii) any tests or treatments that are experimental;
- (iii) any risks or side effects you can expect, and good effects that might come from the study;
- (iv) other treatments you could get if you decide not to be in the study; and
- (v) how the study records will be kept and who can see them.

When any of the following things apply, the study doctor must also tell you about:

- (i) payment in case you are injured because of the research study;
- (ii) the possibility of other risks that are not known;
- (iii) reasons why the study doctor may take you out of the study;
- (iv) costs to you if you take part in the study;
- (v) what will happen if you decide to stop being in the study;
- (vi) when you will be told about new findings which may affect how you feel about staying in the study; and
- (vii) how many people will be in the study.

*[Insert if your study is using an investigational drug, device or biologic, otherwise please delete]* A description of this clinical trial will be available on [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov), as required by U.S. Law. This Web site will not include information that can identify you. At most, the Web site will include a summary of the results. You can search this Web site at any time.

If you agree to be in the study, the study doctor must give you a copy of this form after it is signed along with a written summary of the study.

If you have any questions about this research study or if you feel you have been hurt because of this study, please feel free to contact **(INSERT NAME OF CONTACT)** at **(CONTACT'S PHONE NUMBER)**.

**[IF THE STUDY INCLUDES A FACULTY ADVISOR, INSERT THE FOLLOWING:** You can also contact my Faculty Advisor, **(INSERT NAME OF FACULTY ADVISOR)** at **(INSERT FACULTY ADVISOR'S NUMBER)**].

**[IF THE STUDY DOCTOR HAS A PAGER, INSERT THE FOLLOWING:** If you cannot reach the research staff, please page the study doctor at **(INSERT INVESTIGATOR'S PAGER NUMBER)**].

For additional information about giving consent or your rights as a participant in this study, contact the Institutional Review Board Office at (615) 322-2918 or toll free at (866) 224-8273.

**Institutional Review Board  
Consent to Participate in Research**

**Principal Investigator:**  
**Study Title:**  
**Institution/Hospital:**

**Version Date:**

You do not have to be in this research study. You may choose not to be in this study and get other treatments without changing your healthcare, services or other rights. You can stop being in this study at any time.

**STATEMENT BY PERSON AGREEING TO BE IN THIS STUDY**

**The research study has been explained to me verbally. All my questions have been answered, and I freely and voluntarily choose to take part in this study.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Participant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Translator (if applicable)

\_\_\_\_\_  
Date