



Consent for DNA and other Blood Components

موافقة على حفظ وتخزين الحامض النووي ومحتويات الدم الأخرى

Every section must be completed before sample collection commences:

يجب تعبئة جميع الأقسام قبل البدء بالعملية :

1. I, hereby voluntarily agree to the drawing of blood from myself and family members mentioned below, including my under aged children, to preserve and store DNA material and other blood components. I also consent to diagnostic and research tests being carried out on these samples for the purpose of determining if I, or members of my family are affected by a genetic disease, and are therefore at an increased risk of suffering from such a disease in later life, or are carriers for particular genetic traits. The identity of the patient(s) must remain strictly confidential, and results obtained will not be divulged to the originating source.

١. أقر أنا الموقع أدناه أوافق على التطوع لسحب عينات الدم مني ومن أفراد عائلتي القصر المدونة أسمائهم أدناه لغرض حفظ وتخزين الحامض النووي ومحتويات الدم الأخرى . وكذلك أوافق على إجراء الفحوصات التشخيصية والأبحاث على هذه العينات لمحاولة معرفة إن كنا مصابين بمرض وراثي أو من المحتمل أن نصاب به أو حاملين لصفات معينة . سيكون هناك كتمان تام لهوية صاحب العينة بحيث لا يمكن نسبة نتيجة الفحص لصدرها الأصلي .

2. I understand that my minor children from whom I agree to have blood samples taken, will on reaching adulthood, be the recipients of the reports, and that the said minor, and not myself, will have the right to know if the samples were used for research.

٢. أنني أعلم أن موافقتي على سحب عينات الدم من أفراد عائلتي القصر لا يعطيني حق الحصول على نتائج فحوصاتهم. بل إن القاصر عند بلوغه سن الرشد سيحصل على نتائج فحوصاته وأن تمت مشاركته في أبحاث أم لا. لأنهم هم المعنيين بذلك .

3. I understand that specific markers may not be informative in some families. If this is the case, the genetic tests cannot provide results for that family, or for some members of that family. The accuracy of genetic testing is entirely dependent on the clinical diagnosis made elsewhere, and this laboratory is not responsible for any incorrect clinical diagnosis made on a patient and his/her relatives at other centers.

٣. وقد أبلغت أنه في بعض العائلات. يمكن أن تكون نتائج هذه الفحوصات الوراثية غير واضحة أو مفيدة. وأدرك أن دقة الفحوصات الوراثية تعتمد على التشخيص الإكلينيكي والذي يتم عمله في مكان آخر. فلا يمكن للمختبر أن يتحمل الخطأ بسبب عدم دقة التشخيص الإكلينيكي في هذه الحالة .

4. I also understand that this testing is often complex and utilizes specialized materials, and therefore, there is the small possibility that the test may not work correctly, or that an error will occur. There is a low error rate (perhaps 1 in 1000 samples) even in the best laboratories.

٤. كما أدرك أن هذه الفحوصات معقدة وتحتاج إلى تقنية عالية ودقيقة فهناك دائما احتمال صغير للخطأ التجريبي (حوالي عينة واحدة في الألف عينة) حتى في المراكز المتقدمة .

5. I understand that I will be participating in a study, which may or may not benefit me directly, but may provide new knowledge that could benefit other patients with similar conditions to mine in the future.

٥. وأعلم أنني سوف أشارك في دراسة ومن المحتمل أن تكون هذه الدراسة غير ذات فائدة لي بطريقة مباشرة ولكنها قد توفر معلومات يمكن أن تفيد مرضى آخرين يمثل حالتي في المستقبل .

6. I accept that it is possible to use my DNA material or my family's DNA material, including my under aged children, for the purpose of diagnostic or research testing in order to improve healthcare at NGHHA, in addition to storage at the DNA Bank. Upon my request, I also have the right to know details of the diagnostic research activity my family participated in.

٦. كما أنني أعلم بأنه من الممكن استخدام عينات الحامض النووي الخاص بي وعائلتي بما فيهم القصر في إجراء فحوصات تشخيصية وأبحاث أخرى تقوم بعملها لدى الشؤون الصحية في الحرس الوطني من أجل رفع مستوى الخدمة الصحية إضافة إلى حفظها بالبنك الوراثي . كذلك يحق لي طلب معرفة تفاصيل الفحوصات التشخيصية والأبحاث الأخرى التي تمت مشاركتي وعائلتي بها.

7. I also understand that I have the right to withdraw from this study at any time, by informing my doctor. My decision to withdraw, or to decide not to participate, will in no way affect my ongoing treatment or relationship with my doctor.

٧. بالإضافة إلى ذلك فإنني أعلم بأنه لي الحق في الانسحاب وطلب ائلاف العينات الخاصة بي في أي وقت من هذه الدراسة ولك بإخطار طبيبي المعالج بأنني قررت الانسحاب أو قررت عدم المشاركة ولن يؤثر لك على علاجي أو علاقتي مع الطبيب .

8. The DNA test result and its implications will be reported to me, only through my designated Physician or Genetic Counselor, and the resultant reports will remain confidential, and will only be released to other medical professionals/other parties with my written consent.

٨. نتائج الحامض النووي والنتائج المترتبة عليها ستصلني فقط من قبل الطبيب والمستشار الوراثي الذي اخترته لهذه المهمة . وستبقى النتائج سرية . ولن تعطى لممارسي المهن الطبية أو أطراف أخرى إلا بموافقة كتابية مني.

9. Family Member(s):

Child's Name	Age	Gender	Relationship

10. Signature of Patient:

Name :
 Signature :
 Date (Gregorian)
 (Hijri) Time

11. Signature of Witness:

Name :
 Signature :
 Date (Gregorian)
 (Hijri) Time

12. Statement of Physician or Genetic Counselor:

I have explained DNA testing to this individual. I have addressed the limitations outlined above, and I have answered this person's questions.

Physician or Genetic Counselor Name :
 Signature :
 Date (Gregorian) Badge No.:
 (Hijri) Time

Please Note:

No modifications to this form will be accepted. If an amendment is required, a new consent form must be completed.

٩. أفراد العائلة:

الاسم	العمر	الجنس	صلة القرابة

توقيع ولي أمر المريض:

الاسم :
 التوقيع :
 التاريخ : (ميلادي)
 (هجري) الوقت

توقيع الشاهد:

الاسم :
 التوقيع :
 التاريخ : (ميلادي)
 (هجري) الوقت

توقيع الطبيب:

لقد شرحت إجراء فحص الحمض النووي. ووضحت النقاط البينة أعلاه. كما أجبت على كافة أسئلة المريض.
 اسم الطبيب :
 التوقيع : رقم البطاقة:
 التاريخ : (ميلادي)
 (هجري) الوقت

ملاحظة:

في حالة تعينة هذا النموذج، لا يسمح بإجراء أي تعديلات عليه وإنما يبدل بنموذج جديد إذا اقتضت الحاجة.