

"استمارة الموافقة على المشاركة في مشروع المسح الوطني لصحة الفم والأسنان"

إلى ولي أمر الطالب/ الطالبة.....المحترم

الموضوع: "المسح الوطني الأول الخاص بصحة الفم والأسنان لعام ٢٠٢٣"

تعتمد إدارة خدمات طب الأسنان في مؤسسة الإمارات للخدمات الصحية القيام بمشروع المسح الوطني الأول للفئات العمرية (٥-٦، ١٢، ١٥ سنة) من طلاب وطالبات المدارس الحكومية والخاصة بمختلف مراحلهم الدراسية بغرض رصد نسبة انتشار أمراض الفم والأسنان بين هذه الفئات العمرية وذلك لخلق قاعدة معلوماتية من شأنها إيجاد السبل المثلى للحد من انتشار أمراض الفم والأسنان في المجتمع الإماراتي. علماً بأننا سنشرع في تنفيذ هذا المشروع في المدارس الحكومية والخاصة ابتداءً من فبراير الى يوليو ٢٠٢٣ م حيث ستخضع جميع الفئات العمرية المشار إليها لفحص إكلينيكي بسيط للفم والأسنان إضافة إلى المقابلة الشخصية التي ستكون لطلاب وطالبات الفئة العمرية 12 و15 عاماً فقط. مما يجدر الإشارة إليه أن جميع الفحوصات والمقابلات ستتم داخل المدارس التابعين لها.

وعليه نود اخطاركم بأنه تم اختيار ابنكم/ابنتكم ضمن العينة المختارة عشوائياً للمشاركة في هذا المشروع الوطني، آمليين من حضرتكم إبداء الموافقة من عدمها أدناه في هذا الشأن وذلك من أجل جيل يتمتع بصحة فم وأسنان سليمة.

نموذج للموافقة على الاشتراك كمتطوع/متطوعة في: المسح الوطني لأمراض الفم والأسنان

نرجو قراءة هذا النموذج بعناية وطرح أي أسئلة أو استفسارات حول مشروع البحث المراد تنفيذه

- نود دعوتكم للموافقة على مشاركة ابنكم/ابنتكم في هذا المسح الوطني الذي يهدف الى استخدام المعلومات التي سيتم جمعها في مشروع بحثي وطني يهدف إلى: دراسة نسبة التسوس، أمراض اللثة وسوء الإطباق بين فئة الأطفال في المجتمع الإماراتي.
- يتم هذا المشروع من قبل: فريق من مقدمي خدمات صحة الفم والأسنان المرخصين والعاملين بمؤسسة الإمارات للخدمات الصحية.
- ستتضمن هذه الدراسة ما يقارب ١٥٠٠ طفل/طفلة من الفئات العمرية التالية (٥-٦، ١٢، ١٥ سنة).
- ستتضمن مشاركة ابنك/ابنتك في هذه الدراسة ملاً الاستبانة التي تتضمن بعض الاستفسارات الخاصة بكيفية العناية بصحة الفم والأسنان وعادات الطعام، ويستغرق ملاً الاستبانة ١٠ دقائق، ومن ثم سيخضع الطالب لتقييم يشمل فحص تسوس الأسنان، التهاب اللثة وتقييم سوء الإطباق، ويستغرق الفحص ما يقارب ١٥ دقيقة، ولن يتضمن الفحص إجراءات معقدة أو تخدير موضعي.
- سيستخدم طبيب الأسنان قفاز الفحص والكمامة وأدوات فحص الأسنان لتقييم صحة الفم والأسنان.
- تعاون طفلك مع الفاحصين لتقييم أسنانه/ها والمساعدة في ملء استمارة المقابلة ضرورة لنجاح هذه الدراسة.
- نحتاج أن نكون على دراية بالمعلومات الصحية العامة التي تتضمن أي أمراض مزمنة أو حساسية يعانيتها الطفل/الطفلة. مرفق لعنايتكم الكريمة استمارة نموذج التاريخ الطبي المتعلقة بطفلك لملئها.
- سيتم إجراء فحص الأسنان وملء الاستبانة في مدرسة طفلك دون التعارض مع الجدول الأكاديمي وبالتعاون مع إدارة مدرسته/ها.
- مشاركة طفلك في هذه الدراسة تطوعية، لذا فقرارك بشأن المشاركة من عدمه لن يؤثر على علاقات طفلك الحالية أو المستقبلية مع مقدمي الرعاية الصحية أو مع مدرسته/ها.
- إذا قررت السماح لطفلك بالمشاركة، فيجوز له/لها الانسحاب في أي وقت دون أي عواقب.
- المحافظة على سرية المعلومات التي قد يتم جمعها عنك أو منك أمر في غاية الأهمية حيث سيتم استبدال الاسم وأية معلومات قد تدل على شخصك بأرقام ورموز غير مفهومة إلا للقائمين على البحث فقط. كذلك فلن يتم تبادل أية معلومات منك/عنك مع أية جهة كانت وأياً كانت الأسباب.
- لا يوجد هناك أي أخطار محتملة مادية كانت أو معنوية قد تلحق بك نتيجة لموافقتك على المشاركة في هذه الدراسة
- لن تتحمل لمشاركتك في هذا المشروع أية تكلفة مادية على الإطلاق حيث ستتكفل الجهة المعنية بمشروع البحث بتغطية كافة النفقات الناجمة عن الفحص الإكلينيكي للفم والأسنان وجمع المعلومات وأخذها لأغراض البحث المذكور أعلاه.
- لن يكون هناك أية عوائد مادية أو معنوية مترتبة على مشاركتك في هذه الدراسة، كل ما نأمل هو أن تثرى مشاركتك الكريمة فهماً لأمراض الفم والأسنان في المجتمع الإماراتي مما سينعكس إيجاباً على تطوير تدابير أفضل لخطط وقائية في المستقبل.

• إذا كان لديك أي أسئلة حول الدراسة، فلا تتردد في الاتصال: د. موسى مراشدة Mousa.Almarashdeh@ehs.gov.ae

لقد قرأت هذا النموذج (أو تمت قراءته لي بشكل واضح) وفهمته بالكامل وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة والاستفسارات وتم الإجابة عليها بشكل كامل وواضح.

موافق على إجراء فحص الفم والأسنان والمقابلة الشخصية لابني /ابنتي

غير موافق على إجراء فحص الفم والأسنان والمقابلة الشخصية لابني /ابنتي

الاسم: _____

التاريخ: _____

التوقيع: _____