



Informed Consent Form

(in Arabic)

Center for Autism Research

مركز أبحاث التوحد

A. Services Informed Consent

أ. إقرار موافقة بالخدمات

The Center for Autism Research (CFAR) at King Faisal Specialist Hospital and Research Centre (Gen. Org.) (KFSH&RC) is a non-profit center, under the sponsorship and support of Riyadh Bank, offering diagnostic and clinical services for individuals with Autism Spectrum Disorders (ASD) and their families; training programs for professionals working with the ASD population; these services are provided under the research framework to advance the understanding of ASD and effective ASD interventions.

إن مركز أبحاث التوحد بمستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث هو مركز غير ربحي تحت رعاية ودعم بنك الرياض. حيث يقوم على تقديم الخدمات التشخيصية والعيادية لذوي اضطراب طيف التوحد وعائلاتهم. إضافةً إلى أنه يتيح البرامج التدريبية للمختصين العاملين مع هذه الفئة، ويجري نشاطاته تحت إطار بحثي لتطوير فهم مجال اضطراب طيف التوحد وفعالية التدخلات لهذا الاضطراب.

This document provides the conditions under which I am agreeing to services (consultation, evaluation, etc.) I seek from the Center for Autism Research.

يوضح هذه المستند الشروط التي بموجبها أوافق على تلقي الخدمات (الاستشارة، التقييم.... وغيرها) التي يقدمها مركز أبحاث التوحد.

I am requesting services from CFAR for _____ (Individual's name).

أرغب من مركز أبحاث التوحد تقديم الخدمات لـ _____ (اسم الطفل).

I have the authority to consent to the services, I being:

فأنا لدي الصلاحية بالموافقة على الخدمات وذلك كوني:

- His/her parent.
- His/her legal guardian. **Please include a copy of the guardianship papers.**
- Legally responsible for myself and seeking services for myself.

- أحد والديه.
- ولي أمره الشرعي. يرجى إرفاق نسخة من إثباتات الولاية.
- مسؤول عن نفسي قانونياً وفي البحث عن خدمات.



Informed Consent Form

(in Arabic)

B. Explanation of Consent:

- I understand that in order for services to be completed by CFAR, I must consent to the services.
- I understand that my consent is completely voluntary and can be withdrawn at any time.
- I may withdraw my consent in writing addressed to CFAR. However, I understand and agree that the consent cannot be withdrawn for any action previously taken, based on this consent.
- I understand that any information gathered before, during, and after services will be treated as confidential information by CFAR.
- I understand that it is my right to get copies of any reports generated by CFAR, if applicable. I also understand that I will be provided with copies as soon as possible after the services are provided by CFAR, if applicable.
- I understand a photocopy of this form will have the same effect as the original.
- I understand staff from CFAR may use electronic means (including but not limited to email, fax, etc.) to communicate and gather information for the services I have requested.
- I understand that a major focus of CFAR is the education of families. In response, I give CFAR permission to contact me regarding any upcoming educational events (family training, workshops, lectures, etc.), or other activities related to family involvement.

ب. تفصيل الإقرار:

- أدرك أنه من أجل تقديم الخدمات لي، فإنه يلزم علي الموافقة عليها.
- أدرك أن موافقتي اختيارية وبإمكاني الانسحاب في أي وقت.
- يحق لي سحب موافقتي بشكل خطي. ولكن بناءً على هذا الإقرار فإنه لا يمكنني الانسحاب لأي إجراء أُتخذ سابقاً.
- أدرك أن أي معلومة تم جمعها قبل أو أثناء أو بعد الخدمة فإنها تعد معلومة سرية.
- أدرك أنه من حقي أخذ نسخة من أي تقرير يصدر (إن وجد)، وأنه سيتم تسليم النسخ في أقرب وقت ممكن بعد تقديم الخدمة إن كان ذلك متاحاً.
- أدرك أن أي نسخة من هذا النموذج لها نفس فعالية الأصل.
- أدرك أن فريق مركز أبحاث التوحد قد يستخدم الوسائل الإلكترونية (على سبيل المثال الإيميل والفاكس ... وغيرها) للتواصل وجمع المعلومات لأجل الخدمة التي طلبتها.
- أدرك أن من أهداف مركز أبحاث التوحد الرئيسية هو تنفيذ أسر التوحد. لذلك فإنني أوافق على مشاركة اسمي ومعلومات التواصل للشخص المسؤول في مركز أبحاث التوحد للتواصل معي عند طرح البرامج التدريبية مثل (تدريب الأسر، ورش العمل، المحاضرات ... وغيرها) أو الأنشطة التي تتطلب انضمام الأسرة.



Informed Consent Form

(in Arabic)

C. The Participation of CFAR Trainees and University Students:

- I understand that a major focus of CFAR is the training of students and professionals working with individuals with ASD, in order to increase the number of professionals who are trained to evaluate and assist people with ASD.
- I understand that all students and trainees who are involved in training at CFAR has signed a confidentiality agreement with CFAR.
- I understand that all students/trainees **work under the supervision of a CFAR staff member or a University that has a valid Memorandum of Understanding (MOU) with CFAR.**
- As part of my consent, I agree that students or trainees may participate in the services requested. They may either observe, directly evaluate, or both; and may participate in the case management activities during the course of service utilization.
- I understand that, when assigned by CFAR staff, students or trainees may review clinical records, both prior to and after services, including reports generated by CFAR.

ج. مشاركة متدربي مركز أبحاث التوحد وطلاب الجامعة:

- أدرك أن من أهداف مركز أبحاث التوحد الرئيسية هو تدريب الطلاب والمهنيين العاملين مع ذوي اضطراب طيف التوحد لغرض التأهيل والتدريب والمساعدة.
- أدرك أن جميع الطلاب والمتدربين الملتحقين في البرنامج التدريبي في مركز أبحاث التوحد يتم توقيعهم على وثيقة السرية في العمل.
- أدرك أن جميع الطلاب والمتدربين يعملون تحت إشراف فريق مركز أبحاث التوحد أو الجامعة التي لديها مذكرة تفاهم سارية المفعول مع المركز.
- كجزء من الإقرار ، أوافق على مشاركة مشاركتهم في تقديم الخدمات المطلوبة. فهم قد يتولون إما مهمة الملاحظة أو التقييم المباشر أو كليهما. ويمكن لهم المشاركة في أنشطة إدارة الحالة خلال التطبيق العملي للخدمة.
- أدرك أنه عند تعيين طالب أو متدرب من قبل المركز فإنه يحق له الاطلاع ومراجعة السجلات الطبية سواء كان ذلك قبل تقديم الخدمة أو بعدها متضمنة التقارير الصادرة من مركز أبحاث التوحد.

D. Videotaping of Sessions:

- I understand that the services conducted by CFAR are videotaped. Videotaped sessions are reviewed by the clinical team as part of the clinical evaluation and services for quality management of services provided and for supervision and training of students and trainees.

د. التسجيل المرئي للجلسات:

- أدرك أن جميع الخدمات المقدمة يتم تسجيلها مرئيًا في مركز أبحاث التوحد. وتتم مراجعتها من قبل فريق التشخيص كجزء من التقييم السريري لأغراض التشخيص والملاحظة ولأغراض تحسين ومتابعة جودة الخدمات، وأيضاً لغرض الإشراف وتدريب الطلاب والمتدربين.



Informed Consent Form

(in Arabic)

E. (Voluntary) Permission to Use Videotaped Sessions in Lectures, Workshops and Training Programs:

- I understand that as part of CFAR's focus on providing training and education programs about ASD, CFAR staff may use videotaped session recordings during lectures, workshops, or for other CFAR training programs. No personal or identifying information shall be provided with the videotaped recordings when used for these purposes to maintain my confidentiality. By consenting to the use of my child's videotaped session recordings, I will be supporting CFAR's professional training programs aimed at increasing the numbers of skilled professionals available for individuals with ASD and improving the standard of ASD services in KSA.
- I understand that if I do not consent to videotaped session recordings to be used in lectures, workshops, and training programs, I will still be eligible to receive services at CFAR.
- I do consent/give permission to use my/child's videotaped sessions during lectures, workshops and other CFAR training programs by checking this option box.

هـ. (اختيارياً) الإذن بعرض التسجيلات المرئية للجلسات في المحاضرات وورش العمل وبرامج التدريب

- أوافق على عرض الجلسات المسجلة من قبل فريق مركز أبحاث التوحد خلال ورش العمل والمحاضرات أو في البرامج التدريبية. حيث لن يتم تقديم أي معلومات شخصية عند عرضها لغرض الحفاظ على سرية معلوماتي. موافقتك هذه ستساهم في تطوير وبناء كفاءات وطنية من خلال توفير مادة علمية لكيفية تطبيق الخدمات بشكل صحيح مع ذوي اضطراب طيف التوحد بالإضافة إلى تحسين جودة معايير الخدمات المقدمة لذوي اضطراب طيف التوحد.

- أدرك أنه في حال رفضي الموافقة على عرض الجلسات المسجلة خلال المحاضرات وورش العمل أو في البرامج التدريبية الخاصة بالمركز ، فإن هذا لن يؤثر على أهلية طفلي بحق الخدمات المقدمة في مركز أبحاث التوحد.

- أوافق على عرض الجلسات المسجلة خلال المحاضرات وورش العمل أو في البرامج التدريبية الخاصة بالمركز عبر وضع علامة في الخانة أعلاه.



Informed Consent Form

(in Arabic)

F. Use of Non-Identifying Information for Research:

- I understand that information collected during my contact with CFAR may be used for research purposes CFAR. I understand that any information will be presented as percentages, averages, or in other forms that will make it impossible for my child, myself, or my family to be identified. This information will be used to improve resources and services for people with ASD.

و. استخدام معلومات غير مُعرفة لأغراض البحث:

- أدرك أن المعلومات التي تم جمعها من قبل مركز أبحاث التوحد قد تستخدم لأغراض بحثية. ولكن ستعرض هذه المعلومات على شكل نسب أو معدلات أو بطرق يستحيل التعرف على هوية الطفل أو الأسرة. فهذه المعلومات ستستخدم لتطوير المصادر والخدمات لذوي اضطراب طيف التوحد.

G. (Voluntary) Permission to Contact you to Obtain Additional Information for a Research:

- I would like to participate in CFAR future research concerning ASD. I agree to be personally contacted by CFAR for future research studies which may be seeking to recruit study participants.
- I do consent/give permission to be contacted by CFAR about future research studies participant recruitment by checking this option box.

ز. (اختيارياً) الإذن بالتواصل معكم حال احتياج معلومات إضافية لأجل بحث ما:

- أرغب بالمساهمة مستقبلاً بأبحاث المركز المتعلقة باضطراب طيف التوحد. وأوافق على تواصل المركز مستقبلاً معي شخصياً حال احتياج أي معلومات إضافية لأجل دراسية بحثية ما.
- أوافق على تواصل مركز أبحاث التوحد معي للحصول على معلومات إضافية لأجل دراسات بحثية مستقبلاً عبر وضع علامة في الخانة أعلاه.



Informed Consent Form

(in Arabic)

H. Consent for Services:

- My consent is given freely and without coercion.
- I have been able to discuss any questions or concerns about this Informed Consent form with a staff member at CFAR. This person has answered any questions I had to my satisfaction.
- I understand that I may contact CFAR during the official working hours at telephone number: 011 557 6617 either to withdraw this consent or to ask further questions I may have.
- I understand I may withdraw consent, in writing to CFAR, at any time with no penalty.
- I understand that in order for services to be provided at CFAR, I must consent to the conditions in this form.
- I accept responsibility for all charges associated with Hospital services that aren't provided free of charge as per Hospital policy.
- I agree that the authorized competent judicial authorities and Saudi Arabia's Courts will decide any dispute in connection with such accounts.
- If I do not agree to the conditions in this form, CFAR staff may attempt to find another source for services requested, if applicable.

ح. الموافقة على الخدمات:

- أُخذت موافقتي بالاختيار من غير إكراه.
- لقد قمت بمناقشة جميع الاستفسارات المتعلقة بشأن نموذج الموافقة المعتمد مع أحد موظفي مركز أبحاث التوحد، وقد قام الموظف بالرد عليها جميعاً.
- أدرك أنه بإمكانني التواصل مع مركز أبحاث التوحد خلال ساعات الدوام الرسمية على الرقم ٠١١ ٥٥٧ ٦٦١٧ إما لسحب هذه الموافقة أو لطرح المزيد من الأسئلة التي لدي.
- أدرك أنه يحق لي سحب موافقتي بشكل كتابي في أي وقت دون أي عقوبة.
- أدرك أنه من أجل تقديم الخدمات في مركز أبحاث التوحد فإنه يجب علي الموافقة على الشروط الواردة في هذا النموذج.
- أتعهد بتسديد جميع النفقات المتعلقة بالخدمات التي يقدمها لي المركز والتي لا تقدم من غير مقابل حسب أنظمة المستشفى.
- كما أوافق على أن تكون السلطات القضائية المختصة ومحاكم المملكة صاحبة الاختصاص في الفصل في أي نزاع قد ينشأ.
- إذا لم أوافق على الشروط الواردة في هذا النموذج، فقد يمكن لفريق مركز أبحاث التوحد إيجاد مصدر آخر للخدمات المطلوبة إن وجد.



Informed Consent Form

(in Arabic)

I. Disclaimers:

- Nothing in this form should be read to obligate CFAR to provide services.
- Services are scheduled and completed based on the clinical judgement of CFAR staff and using standardized ASD and developmental screening and assessment tools. These decisions are based on the appropriateness of the services in meeting the mission of CFAR and the appropriateness of the services in assisting the individual.
- CFAR reserves the right to refuse to provide services if the clinical staff determines that the services cannot be conducted appropriately at CFAR. In this case, CFAR staff will attempt to find another source of services, if applicable.
- I hereby release CFAR from all legal responsibility and liability that may arise from the acts I have authorized above.

ط. إخلاء المسؤولية:

- لا شيء في هذا النموذج يلزم مركز أبحاث التوحد على تقديم الخدمات.
- يتم جدولة الخدمات واستكمالها بناءً على القرار التشخيصي لموظفي مركز أبحاث التوحد واستخدام أدوات الفحص والتقييم النمائية الموحدة. تستند هذه القرارات على مدى ملاءمة الخدمات في تلبية رؤية مركز أبحاث التوحد ومدى ملاءمة الخدمات في مساعدة الفرد.
- يحق لمركز أبحاث التوحد رفض تقديم الخدمات إذا علم الفريق الطبي أن الخدمات لا يمكن إجراؤها بشكل مناسب في مركز أبحاث التوحد. ففي هذه الحالة سيحاول مركز أبحاث التوحد إيجاد مصدر آخر للخدمات، إن أمكن.
- بموجب هذه الاتفاقية أعفي مركز أبحاث التوحد عن كامل المسؤوليات القانونية التي قد تنجم عن قرارات أذنت بها أعلاه.

Signature of Parent/Legal Guardian

توقيع ولي الأمر

Date

التاريخ