



INFORMED CONSENT FORM FOR THE SERVICE PROVIDED BY THE CENTER FOR AUTISM RESEARCH

(نموذج إقرار الموافقة على الخدمة المقدمة من مركز أبحاث التوحد)

Center for Autism Research

مركز أبحاث التوحد

A. Services Informed Consent

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.

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

أ. إقرار الموافقة لتلقي الخدمات

إن مركز أبحاث التوحد بمستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث (مؤسسة عامة) هو مركز غير ربحي، تحت رعاية ودعم بنك الرياض. يقوم المركز بتقديم خدمات تشخيصية وسريرية للمصابين باضطراب طيف التوحد وعائلاتهم، إضافةً إلى تقديم البرامج التدريبية للمختصين العاملين مع هذه الفئة. وتقدم جميع هذه الخدمات تحت إطار بحثي لتطوير فهم مجال اضطراب طيف التوحد والتدخلات الفعالة لهذا الاضطراب.

تقدم هذه الوثيقة معلومات هامة سأوافق بموجبها على الخدمات (الاستشارة، التقييم وغيرها) التي أطلبها من مركز أبحاث التوحد. أُرغب في طلب خدمات من مركز أبحاث التوحد لـ

(Services Recipient's name).

(اسم متلقي الخدمات)

(MRN)

(رقم السجل الطبي)

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

لدي الصلاحية بالموافقة على الخدمات وذلك لأنني:

- 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 والدي المريض.
- ولي أمره القانوني. **يرجى إرفاق نسخة من إثباتات الولاية.**
- مسؤول عن نفسي قانونياً وأطلب الخدمات لنفسي.

B. Explanation of Consent:

ب. شرح الإقرار:

- I understand that in order for services to be completed by CFAR, I must consent to the services and in case of rejection, no services will be provided.
- I understand that my consent is completely voluntary and can be withdrawn at any time, and in case of withdrawal the services will be terminated immediately.

- أدرك أنه من أجل تقديم الخدمات لي، فإنه يلزم علي الموافقة على نموذج الإقرار، وفي حال رفضي التوقيع على نموذج الإقرار فإن مركز أبحاث التوحد يعتذر عن تقديم أي خدمات.
- أدرك أن موافقتي اختيارية وبإمكاني الانسحاب في أي وقت، وفي حال سحب موافقتي فإن مركز أبحاث التوحد سيتوقف عن تقديم الخدمات فوراً.



INFORMED CONSENT FORM FOR THE SERVICE PROVIDED BY THE CENTER FOR AUTISM RESEARCH

(نموذج إقرار الموافقة على الخدمة المقدمة من مركز أبحاث التوحد)

- I may withdraw my consent at any time 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 with me 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.
- 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.
- يحق لي سحب موافقتي خطياً في أي وقت، ولكن بناءً على هذا الإقرار فإنه لا يمكنني الانسحاب من أي إجراء اتخذ سابقاً.
 - أدرك أن أي معلومة تم جمعها قبل أو أثناء أو بعد الخدمة تعد معلومة سرية.
 - أدرك أنه من حقي أخذ نسخ من أي تقارير صادرة من المركز (إن وجدت)، وأني سأستلم النسخ في أقرب وقت ممكن بعد تلقي الخدمات، إن كان ذلك ممكناً.
 - أدرك أن أي نسخة من هذا النموذج لها نفس فعالية الأصل.
 - أدرك أن فريق مركز أبحاث التوحد قد يستخدم الوسائل الإلكترونية (على سبيل المثال وليس الحصر: البريد الإلكتروني، الفاكس...) للتواصل معي وجمع المعلومات لأجل الخدمات التي طلبتها.
 - أدرك أن تثقيف الأسر هو من الأهداف الرئيسية لمركز أبحاث التوحد. لذلك فأني أوافق على التواصل معي لإبلاغي بأي برامج تدريبية قادمة مثل (تدريب الأسر، ورش العمل، المحاضرات... وغيرها) أو الأنشطة الأخرى التي تشمل الأسرة.
- ج. مشاركة متدربي مركز أبحاث التوحد وطلاب الجامعة:
- أدرك أن من أهداف مركز أبحاث التوحد الرئيسية تدريب الطلاب والمهنيين العاملين مع المصابين باضطراب طيف التوحد بهدف زيادة عدد المهنيين المؤهلين لتدريب ومساعدة المصابين باضطراب طيف التوحد.
 - أدرك أن جميع الطلاب والمتدربين الملتحقين بالتدريب في مركز أبحاث التوحد قد وقعوا على وثيقة الحفاظ على السرية.
 - أدرك أن جميع الطلاب والمتدربين يعملون تحت إشراف فريق مركز أبحاث التوحد أو الجامعة التي لديها مذكرة تفاهم سارية المفعول مع المركز.



INFORMED CONSENT FORM FOR THE SERVICE PROVIDED BY THE CENTER FOR AUTISM RESEARCH

(نموذج إقرار الموافقة على الخدمة المقدمة من مركز أبحاث التوحد)

- 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.

D. Videotaping 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.

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.

• كجزء من الإقرار، أوافق على مشاركة متدربي مركز أبحاث التوحد وطلاب الجامعة في تقديم الخدمات المطلوبة. فهم قد يتولون مهمة الملاحظة أو التقييم المباشر أو كليهما. ويمكن لهم المشاركة في أنشطة إدارة الحالة خلال التطبيق العملي للخدمة.

• أدرك أنه عند تكليف طالب أو متدرب من قبل المركز فإنه يحق له الاطلاع ومراجعة السجلات الطبية سواء كان ذلك قبل تقديم الخدمة أو بعدها ويشمل ذلك التقارير الصادرة من مركز أبحاث التوحد.

د. التسجيل المرئي للجلسات:

أدرك أن جميع الخدمات المقدمة من قبل مركز أبحاث التوحد يتم تسجيلها مرئياً. ويتم مراجعتها من قبل الفريق السريري كجزء من التقييم السريري ولمتابعة جودة الخدمات، وأيضاً لغرض الإشراف وتدريب الطلاب والمتدربين.

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

• أدرك بأن من أهداف مركز أبحاث التوحد تقديم البرامج التدريبية والتعليمية عن اضطراب طيف التوحد. وقد يقوم فريق مركز أبحاث التوحد بعرض الجلسات المسجلة خلال ورش العمل والمحاضرات أو في البرامج التدريبية الأخرى للمركز. لن يتم تقديم أي معلومات شخصية عند العرض لأجل الحفاظ على سرية معلوماتي. ستساهم موافقتي على عرض الجلسات المسجلة لطفلي في دعم البرامج التدريبية لمركز أبحاث التوحد التي تهدف إلى زيادة عدد المهنيين المؤهلين وتحسين معايير خدمات اضطراب طيف التوحد في المملكة العربية السعودية.

• أدرك أن عدم موافقتي على عرض الجلسات المسجلة خلال المحاضرات وورش العمل والبرامج التدريبية لن تؤثر على أهليتي لتلقي خدمات مركز أبحاث التوحد.

أوافق على عرض الجلسات المسجلة لي/ لطفلي خلال المحاضرات وورش العمل والبرامج التدريبية الأخرى للمركز عبر وضع علامة ✓ في المربع.



INFORMED CONSENT FORM FOR THE SERVICE PROVIDED BY THE CENTER FOR AUTISM RESEARCH

(نموذج إقرار الموافقة على الخدمة المقدمة من مركز أبحاث التوحد)

- I do not consent/give permission to use my/child's videotaped sessions during lectures, workshops and other CFAR training programs by checking this option box.

- لا أوافق على عرض الجلسات المسجلة لي/ لطفلي خلال المحاضرات وورش العمل والبرامج التدريبية الأخرى للمركز عبر وضع علامة في المربع.

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 لا تكشف عن الهوية لأغراض البحث:

- أدرك أن المعلومات التي تم جمعها خلال تواصل مع مركز أبحاث التوحد قد تستخدم لأغراض بحثية. أدرك أن هذه المعلومات ستعرض بشكل نسب مئوية أو معدلات أو بطرق أخرى لا تكشف عن هوية طفلي أو هويتي أو هوية أسرتي. ستستخدم هذه المعلومات لتطوير الخدمات المقدمة للمصابين باضطراب 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.

ز. (اختيارياً) الإذن بالتواصل معكم للحصول على معلومات إضافية لأجل بحث ما:

- أرغب في المساهمة مستقبلاً بأبحاث المركز المتعلقة باضطراب طيف التوحد. وأوافق على تواصل المركز معي شخصياً لأجل الدراسات البحثية في المستقبل في حال الحاجة لمشاركين في الدراسة.

- I do consent/give permission to be contacted by CFAR about future research studies participant recruitment by checking this option box.

- أوافق على تواصل مركز أبحاث التوحد معي لأجل المشاركة في دراسات بحثية في المستقبل عبر وضع علامة في المربع.

- I do not consent/give permission to be contacted by CFAR about future research studies participant recruitment by checking this option box.

- لا أوافق على تواصل مركز أبحاث التوحد معي لأجل المشاركة في دراسات بحثية في المستقبل عبر وضع علامة في المربع.

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.

ح. الموافقة على الخدمات:

- منحت موافقتي بإرادتي من غير إكراه.
- لقد تمكنت من مناقشة جميع الاستفسارات المتعلقة بشأن نموذج الإقرار بالموافقة مع أحد موظفي مركز أبحاث التوحد، وقد قام الموظف بالرد عليها جميعاً.
- أدرك أن بإمكانني التواصل مع مركز أبحاث التوحد خلال ساعات الدوام الرسمية على الرقم: 011 557 6617 إما لسحب هذه الموافقة أو لطرح المزيد من الأسئلة.



INFORMED CONSENT FORM FOR THE SERVICE PROVIDED BY THE CENTER FOR AUTISM RESEARCH

(نموذج إقرار الموافقة على الخدمة المقدمة من مركز أبحاث التوحد)

• I accept responsibility for all charges associated with the Hospital services, after being informed about the cost of the service, which is not provided free of charge as per Hospital policy.

• أتعهد بتسديد جميع النفقات المتعلقة بخدمات المستشفى وذلك بعد اطلاعي على قيمتها حيث أن الخدمات المقدمة في مركز أبحاث التوحد لا تقدم من غير مقابل حسب أنظمة المستشفى.

• I agree that the authorized competent judicial authorities and Saudi Arabia's Courts will decide any dispute in connection with such accounts.

• كما أوافق على أن تكون للسلطات القضائية المختصة ومحاكم المملكة صلاحية الاختصاص في الفصل في أي نزاع قد ينشأ عن ذلك.

I. Disclaimers:

ط. إخلاء المسؤولية:

• Nothing in this form should be read to obligate CFAR to provide services.

• لا شيء في هذا النموذج يلزم مركز أبحاث التوحد بتقديم الخدمات.

• 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.

• تتم جدولة الخدمات واستكمالها بناءً على القرار السريري لموظفي مركز أبحاث التوحد واستخدام أدوات الفحص والتقييم النمائية الموحدة. تستند هذه القرارات على مدى ملاءمة الخدمات في تلبية رسالة مركز أبحاث التوحد ومدى ملاءمة الخدمات في مساعدة الفرد.

• 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.

• يحق لمركز أبحاث التوحد رفض تقديم الخدمات إذا وجد الفريق السريري أن الخدمات لا يمكن إجراؤها بشكل مناسب في مركز أبحاث التوحد. وفي هذه الحالة سيحاول مركز أبحاث التوحد إيجاد مصدر آخر للخدمات، إن أمكن.

• I hereby release CFAR from all legal responsibility and liability that may arise from the acts I have authorized above.

• وأنا هنا أعفي مركز أبحاث التوحد من كامل المسؤولية القانونية التي قد تنجم عن القرارات التي أذنت بها أعلاه.

Name of Services Recipient:

اسم متلقي الخدمات:

.....

.....

Name of individual signing the consent form:

اسم الموقع على هذا الإقرار:

.....

.....

Relation:

علاقته بالمريض:

.....

.....

Signature:

التوقيع:

.....

.....



مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث
King Faisal Specialist Hospital & Research Centre
Gen. Org. مؤسسة عامة

**INFORMED CONSENT FORM FOR THE
SERVICE PROVIDED BY THE CENTER
FOR AUTISM RESEARCH**

(نموذج إقرار الموافقة على الخدمة المقدمة من مركز أبحاث
التوحد)

Date:

التاريخ:

.....

.....

1st Witness Name:

اسم الشاهد الأول:

.....

.....

Signature/(National I.D./Iqama/Hospital I.D. No.):

التوقيع / (رقم الهوية / الإقامة / الرقم الوظيفي):

.....

.....

2nd Witness Name:

اسم الشاهد الثاني:

.....

.....

Signature/(National I.D./Iqama/Hospital I.D. No.):

التوقيع / (رقم الهوية / الإقامة / الرقم الوظيفي):

.....

.....

Date / Time:

التاريخ / الوقت:

.....

.....