**Al-Rafidain Journal of Medical Sciences (AJMS)**

**PATIENT CONSENT FORM**

(For Clinical Images)

**Manuscript Ref. No.**:

**Patient’s Registration number**:

**Title of manuscript**:

**Name of authors (Only two)**:

**Corresponding author**:

(With Email and affiliation)

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

To be signed by the patient

I hereby give my consent for image(s) and clinical information related to me to be reported in the ***Al-Rafidain Journal of Medical Sciences*** (both in print and electric edition). I understand that my name and identity will be concealed. Once signed, I cannot revoke my consent.

**Name of patient**:

**Date of Birth** (DD/MM/YY):

Signature of patient (or signature of the person giving consent on behalf of the patient):

Relationship to the patient in case of other person signing the consent:

**Address**:

**Date**:

**مجلة الرافدين للعلوم الطبية (AJMS)**

**نموذج موافقة المريض (للصور السريرية)**

**(خاص للمرضى الذين يتكلمون اللغة العربية فقط)**

 **رقم البحث المقدم للنشر**:

**رقم تسجيل المريض**:

**عنوان البحث**:

**اسم المؤلفين (اثنان فقط)**:

**المؤلف الرئيسي: (مع البريد الإلكتروني والانتماء)** ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ما يوقع عليه المريض

أعطي بموجب هذه الوثيقة موافقتي على الصورة (الصور) والمعلومات السريرية المتعلقة بي ليتم نشرها من البحث المقدم للنشر في **مجلة الرافدين للعلوم الطبية** (سواء في الطبعة الورقية أو الألكترونية). أفهم أن اسمي وهويتي سيتم إخفاؤهما. وبمجرد توقيعي على هذه الوثيقة، لا يمكنني إلغاء موافقتي.

**اسم المريض**:

**تأريخ الميلاد**: (سنة/شهر/يوم)

**توقيع المريض** (أو توقيع الشخص الذي يعطي الموافقة نيابة عن المريض):

العلاقة مع المريض في حالة توقيع شخص آخر على الموافقة:

**العنوان**:

**التاريخ**: