

# نشرة معلومات للمستهلك المشترك

تحرص وزارة الصحة في نيو ساوث ويلز على تحسين النظام الصحي والتجارب والنتائج التي توفرها خدماتها للمجتمع.

## مقدمة

ندعوك للاشتراك معنا في مبادرة لوزارة الصحة في نيو ساوث ويلز ترمي إلى الإسهام في تحسين نوعية خدمات وتجارب الأشخاص الذين يحصلون عليها.

Primary healthcare	الرعاية الصحية الأولية	Frailty	ضعف كبار السن	Acute care	رعاية الأمراض الحادة
Radiology	الطب الإشعاعي	Gastroenterology	طب الجهاز الهضمي	Aged Health	صحة المسنين
Rehabilitation	إعادة التأهيل	Gynaecological Oncology	الأورام النسائية	Anaesthesia	التخدير (البنج)
Renal	طب الكلى	Trauma and injury	الصدمة والإصابات	Blood and marrow transplant	الدم وزرع نخاع
Respiratory	طب الجهاز التنفسي	Intellectual disability	الإعاقة الذهنية	Brain injury	الإصابات الدماغية
Rural health	الصحة في الأرياف	Intensive care	العناية المركزة	Burn injury	إصابات الحروق
Spinal cord injury	إصابات الحبل الشوكي	Maternity and neonatal	الأمومة والمواليد الجدد	Cardiac	أمراض القلب
Surgical	العمليات الجراحية	Mental health	الصحة العقلية	Chronic conditions	الحالات المزمنة
Transition care	نقل الرعاية	Musculoskeletal	الجهاز العضلي الهيكلي	Clinical genetics	الوراثة السريرية
Urology	طب الجهاز البولي	Nutrition	التغذية	Diabetes and endocrine	السكري والغدد الصماء
Violence abuse and neglect	العنف والإساءة والإهمال	Ophthalmology	طب العيون	Drug and alcohol	المخدرات والكحول
		Paediatric	طب الأطفال	Emergency care	الرعاية الطارئة
		Pain management	معالجة الأوجاع	End of life and palliative care	الرعاية في مرحلة الاحتضار والرعاية التيسيرية للأوجاع

قبل أن تقرر الاشتراك، من المهم أن تُدرك السبب الذي من أجله نرغب في اشتراكك، كما أنه من المفيد أيضاً أن تدرك ما ينطوي عليه الاشتراك. يرجى تخصيص بعض الوقت لقراءة المعلومات التالية ومناقشتها مع أشخاص آخرين إذا شئت.

## ماذا ينطوي عليه نشاط المشترك؟

هذا (هذه)

Focus group	حلقة أخذ آراء مصغرة	Discussion	مناقشات	Interview	مقابلة
Activity	النشاط	Meeting	اجتماع	Workshop	ورشة عمل

هو من ضمن الوسائل التي نستخدمها منظمنا لتحسين تجارب مستخدمي خدماتنا .

للمزيد من المعلومات يرجى الاتصال بـ

## لماذا طلبتم مني الاشتراك؟

إننا نبحث عن أشخاص لديهم تجربة كمستهلكين لخدمتنا الصحية. يمكن أن توفر تجربتك معلومات قيمة بخصوص الخدمات التي تؤدي الغرض بصورة جيدة والخدمات التي لا تؤدي الغرض المنشود. ويمكنك إخبارنا بما يمكن تحسينه لمستهلكي الخدمة في المستقبل.

## إذا اشركت، ما الذي سنطلب منك القيام به؟

إذا وافقت على الاشتراك، سوف يُطلب منك تقديم موافقة خطية أو لفظية أو إلكترونية والانضمام إلينا في

Focus group	حلقة أخذ آراء مصغرة	Discussion	مناقشات	Interview	مقابلة
Activity	Activity	Meeting	Meeting	Workshop	Workshop

سوف يُخبرك بتاريخ هذا النشاط ووقته ومكانه ويحدّد لك ما ينطوي عليه.

## من يمكنه الاشتراك؟

سوف يُخبرك بأية شروط خاصة مطلوبة للاشتراك، كالسنّ والجنس والخلفية الاجتماعية والثقافية والمستلزمات التكنولوجية إلخ.

## وما هي مخاطر الاشتراك وفوائده؟

نعتقد أن مخاطر الاشتراك في هذا المشروع هي  
المخاطر المنخفضة      المخاطر المتوسطة      المخاطر المرتفعة

سوف نتحدث إلينا في وقتك الخاص. وقد تشعر بالتعب أو الانفعال العاطفي أثناء الاشتراك لأنه قد يستحضر ذكريات صعبة. في هذه الحالة نعرض عليك وقتاً للاستراحة من النشاط أو نوقفه، أو بإمكانك أن تطلب التوقف في أي وقت.

## وماذا يحصل إذا لم ترغب في الاشتراك أو إذا رغبت في الانسحاب لاحقاً؟

الاشتراك في هذا النشاط تطوّعي، ولست مضطراً للاشتراك به.

إذا اشركت، يمكنك الانسحاب في أي وقت من دون أن تضطر لإعطاء سبب. ومهما كان قرارك، فإنه لن يؤثر على علاقتك بوزارة الصحة في نيو ساوث ويلز.

## كيف ستستخدم معلوماتك وماذا يحصل للنتائج؟

سوف تُستخدم المعلومات التي تقدّمها في إجراء تحسينات على الرعاية الصحية في نيو ساوث ويلز. ولن يتم إطلاع أية جهة على التقارير الخطية والعروض والمواد المشابهة الأخرى سوى وزارة الصحة في نيو ساوث ويلز. وسوف تكون المعلومات التي تقدمها مجهولة المصدر.

ونتوقع تقديم المعلومات في مؤتمرات متخصصة وعلى موقعنا الإلكتروني التالي

وقد يلي ذلك نشر النتائج في مجلات أكاديمية ومتخصصة.

إذا اشركت، يمكنك الانسحاب في أي وقت من دون أن تضطر لإعطاء سبب. ومهما كان قرارك، فإنه لن يؤثر على علاقتك بمنظمتك الصحية.

## كيف ستتم حماية سرية المعلومات الخاصة بك؟

يمكن تسجيل النشاطات بالصوت أو الصورة أو نقلها كتابياً (استنساخها)، كما سيتم حفظ البيانات. ولن يتمكن من الاطلاع على هذه المعلومات سوى الأشخاص المصرح لهم بذلك. ولن تشمل التقارير الخطية والعروض أية معلومات تعرّف عن هوية المشتركين. وسوف يتم حذف الوسائل التي تعرّف عن هوية المشتركين من جميع المعلومات، وستبقى هويتك مجهولة. وسوف يتم إعطاؤك إستمارة موافقة لتدوّن فيها تفضيلاتك المتعلقة باستخدام المعلومات الخاصة بك.

وفي ظروف استثنائية قد يتعيّن علينا الكشف عن أية معلومات قد تكون قدّمتها، وسوف نخبرك بهذا الأمر.

## وماذا تفعل إذا كان لديك المزيد من الأسئلة أو المخاوف أو شكوى؟

يمكنك الاتصال بـ

في أي وقت إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف أو لتقديم شكوى عن هذا النشاط.

**Project contact name**

**Email**

**Phone number**

## هل سيكلفني الاشتراك بالمناقشة شيئاً، وهل سأقبض بدل أتعاب لقاءه؟

لا يترتب عليك دفع تكلفة لقاء الاشتراك في هذا النشاط. وسوف تُدفع لك أية مصاريف تتكبّدها (كنفقات السفر والوجبات الغذائية وطباعة الأوراق إلخ).

سوف [تحصل/لن تحصل] على بدل أتعاب لقاء المشاركة      نعم Yes      كلا No

## شكراً

شكراً على تخصيص الوقت للتفكير بتقديم معلومات عن تجربتك. إذا رغبت بالاشتراك في مقابلة معنا بخصوص تجربتك، يرجى التوقيع على إستمارة موافقة المشترك المتعلقة بهذا المشروع. ويمكنك الاحتفاظ بنشرة المعلومات هذه.