

نموذج طلب البيانات
Data Request Form

GDSI4003

Request Contact Information Contact بيانات مقدم الطلب				
Name			الاسم	
ID Number			رقم الهوية	
Phone			الهاتف	
Email			الايمل	
Type of Data نوع البيانات				
<p>فضلا اختيار نوع البيانات بالنقر أو التحديد على مربع الاختيار</p> <p>Please choose the type of data by clicking or writing on the checkbox</p>				
<p>Vaccines اللقاحات <input type="checkbox"/></p> <p>Cases الحالات المصابة <input type="checkbox"/></p> <p>Recovered المتشافي <input type="checkbox"/></p> <p>Mortality الوفيات <input type="checkbox"/></p> <p>Tests (PCR) الفحوصات <input type="checkbox"/></p> <p>أخرى (الرجاء التحديد Please Specify) : <input type="checkbox"/></p>				
The required period of time الفترة الزمنية المطلوبة				
من From	DD-MM-YYYY	إلى To	DD-MM-YYYY	
<th>Client/Beneficiary المستفيد من الطلب</th>				Client/Beneficiary المستفيد من الطلب
<p>Governmental Entity جهة حكومية <input type="checkbox"/></p> <p>Private Sector قطاع خاص <input type="checkbox"/></p> <p>Researcher باحث <input type="checkbox"/></p> <p>Media إعلام <input type="checkbox"/></p> <p>أخرى (الرجاء التحديد Please Specify) : <input type="checkbox"/></p>				
Purpose of the request (Explanation of the purpose of the request and how the data will be used)		الغرض من الطلب (يتم ذكر الهدف من طلب البيانات وكيف سيتم استعمالها)		

Description of the required data and variables (Please attach a form of required variables)	وصف البيانات والمتغيرات المطلوبة (الرجاء ارفاق نموذج للمتغيرات)
هل سيتم نشر نتائج تحليل البيانات؟ Will the results of the data analysis be published?	
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>
هل سيتم تزويد البيانات أو نتائج التحليل لطرف ثالث؟ Will the data or analysis results be provided to a third party?	
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>
For Researchers Is there (IRB) from MOH	خاص بالباحثين هل تم الحصول على إقرار لجنة اخلاقيات البحوث الصحية بوزارة الصحة
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>

- * Please attach any document that support the request
- * The result of the analysis should be shared with Data Governance team
- * Please attach a form of required variables

- * الرجاء ارفاق أي مستندات تدعم الطلب
- * يلتزم مقدم الطلب بمشاركة النتائج مع فريق حوكمة البيانات
- * الرجاء ارفاق نموذج للمتغيرات المطلوبة

Signature of Requestor:

توقيع مقدم الطلب:

Date:

التاريخ:

Please return form to

stat@moh.gov.sa

الرجاء إعادة نموذج الطلب الى الايميل

FOR OFFICIAL USE ONLY

خاص بالاستخدام الرسمي فقط

Domain Expert Opinion		رأي الخبير بالنطاق
Name:		الاسم:
Job Title:		المسمى الوظيفي:
Signature:		التوقيع:
Date:		التاريخ:

Authorized Person		صاحب الصلاحية
Rejection <input type="checkbox"/> الرفض		Approval <input type="checkbox"/> الموافقة
Reasons in Case of Rejection:		الأسباب في حالة الرفض:
<input type="checkbox"/>	Ineligibility of the data requestor	عدم أهلية طالب البيانات <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	The request does not match the data	الطلب لا يتناسب مع البيانات <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lack of data in required details	عدم وجود البيانات بالتفصيل المطلوب <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Other (specify):	أخرى (تحدد): <input type="checkbox"/>
Data Governance Team فريق حوكمة البيانات		
Name:		الاسم:
Job Title:		المسمى الوظيفي:
Signature:		التوقيع:
Date:		التاريخ: