

নির্দিষ্ট অঞ্চলের কেয়ার সেন্টার থেকে প্রাপ্ত সমন্বিত তালিকার ওপর ভিত্তি করে
COVID আক্রান্ত/সন্দেহভাজন কেসগুলির একটি পর্যবেক্ষণমূলক অধ্যয়ন।

প্রাপ্তবয়স্ক রোগীদের জন্য অবহিত সম্মতি

অধ্যয়নের সংখ্যা:

বিষয়ের নাম:

জন্মের তারিখ/বয়স:

বিষয়টির সূচনা:

- i. আমি নিশ্চিত করে জানাচ্ছি যে আমি _____ তারিখের তথ্য পত্রটি পড়েছি, পড়ে বুঝতে পেরেছি এবং প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করবার সুযোগ পেয়েছি। []
- ii. আমি বুঝতে পেরেছি যে, এই অধ্যয়নে আমার/আমার আত্মীয়ের ভূমিকা স্বেচ্ছাধীন এবং যে কোনো সময়ে, কোনোরকম কারণ প্রদর্শন ছাড়াই, এই অধ্যয়ন থেকে সরে গেলে, আমার স্বাস্থ্যসেবায় কোনোরকম বাধা অথবা কোনো আইনী অধিকারের জটিলতা সৃষ্টি হবে না। []
- iii. আমি বুঝতে পেরেছি যে খ্রিস্টান মেডিকেল কলেজ নৈতিকতা কমিটি, এই অধ্যয়নের সঙ্গে যুক্ত গবেষণা তহবিল সংস্থা এবং নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষগুলি, অধ্যয়নের স্বার্থে বর্তমানে হোক বা পরবর্তী সময়ে, এমন কী আমি অধ্যয়ন থেকে সরে গেলেও, আমার অনুমতি ছাড়াই আমার স্বাস্থ্য রেকর্ড পর্যবেক্ষণ করতে পারে। আমি তাদের এই অধিকার দিতে সম্মত হয়েছি। যদিও আমি মনে করি যে, আমার ব্যক্তিপরিচয় কখনোই তৃতীয় পক্ষের কাছে প্রকাশিত কোনও তথ্যে, প্রকাশিত হবে না বা ছাপা হবে না। []
- iv. আমি সম্মত হয়েছি যে এই অধ্যয়নের কোনো তথ্য বা পরীক্ষার ফল শুধুমাত্র বৈজ্ঞানিক উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত হলে সেই তথ্য ব্যবহারে আমি বাধা দেব না। []
- v. পরবর্তী অধ্যয়নের কাজে ব্যবহার করার জন্য আমার সঞ্চিত রক্ত/কোষ এবং অন্যান্য জৈবিক নমুনা সংরক্ষিত করতে আমি সম্মত হয়েছি। আমার/আমার কোন আত্মীয়ের ক্ষেত্রে না হলেও, ভবিষ্যতে অন্যান্য রোগীদের চিকিৎসার ক্ষেত্রে যে এটা সহায়ক হয়ে উঠতে পারে, আমি তা বুঝতে পেরেছি। []
- vi. আমি অবহিত সম্মতিটির অডিও-ভিজ্যুয়াল রেকর্ডিং সম্পর্কে সচেতন। []
- vii. আমি উপরের গবেষণায় অংশ নিতে সম্মত। []

স্বাক্ষর (বা থাম্ব ইমপ্রেশন) অংশগ্রহণকারীর :

তারিখ: ___/___/___

স্বাক্ষরকারীর নাম: _____

স্বাক্ষর:

অথবা

প্রার্থী / বৈধভাবে গ্রহণযোগ্য প্রতিনিধির স্বাক্ষর (বা আঙ্গুলের ছাপ)

তারিখ: ___/___/___

স্বাক্ষরকারীর নাম: _____

স্বাক্ষর:

তদন্তকারী এর স্বাক্ষর: _____

তারিখ: ___/___/___

অধ্যয়ন তদন্তকারী এর নাম: _____

সাক্ষীর স্বাক্ষর বা আঙ্গুলের ছাপ:

তারিখ: ___/___/___

স্বাক্ষর:

সাক্ষীর নাম ও ঠিকানা: