

तृतीयक स्वास्थ्य केंद्रों में एकीकृत डाटाबेस का इस्तेमाल कर ऐसे मरीज, जिन्हें कोविड होने की संभावना है/जिन्हें कोविड संक्रमण है, उनका निरीक्षण रूपी अध्ययन वयस्क मरीजों के लिए सूचित सहमति प्रपत्र

अध्ययन संख्या:

कर्ता का नाम:

जन्म तिथि / आयु:

कर्ता के आद्याक्षर (इनीशियल):

- i. मैं पुष्टि करता / करती हूँ कि मैंने कोविड डाटाबेस के लिए \_\_\_\_\_ के सूचना पत्र को पढ़ा और समझा है और मुझे प्रश्न पूछने का अवसर भी मिला है। []
- ii. मैं समझता / समझती हूँ कि अध्ययन में मेरी / मेरे रिश्तेदारों की भागीदारी स्वैच्छिक है और मैं बिना कोई कारण बताए किसी भी समय इस अध्ययन से अपना नाम वापस लेने के लिए स्वतंत्र हूँ, जिसका मेरी चिकित्सा सेवा या मेरे कानूनी अधिकारों पर कोई प्रतिकूल प्रभाव नहीं पड़ेगा। []
- iii. मैं समझता / समझती हूँ कि क्रिश्चियन मेडिकल कॉलेज की आचारनीति (एथिक्स) समिति, अनुसंधान वित्त संगठन और नियामक अधिकारियों को मेरे स्वास्थ्य रिकॉर्ड को देखने के लिए मेरी अनुमति की आवश्यकता नहीं होगी, न ही वर्तमान अध्ययन के संबंध में और न ही इससे संबंधित किसी आगे के शोध में, भले ही मैं परीक्षण से अपना नाम वापस ले लूँ। मैं इस अभिगम से सहमत हूँ। हालांकि, मैं समझता/ समझती हूँ कि मेरी पहचान किसी भी तीसरे पक्ष को जारी किसी भी सूचना या प्रकाशन में प्रकट नहीं की जाएगी। []
- iv. मैं इस अध्ययन से उत्पन्न किसी भी डेटा या परिणामों के उपयोग को प्रतिबंधित नहीं करने के लिए सहमत हूँ, बशर्ते इसका उपयोग केवल वैज्ञानिक उद्देश्य के लिए किया गया हो। []
- v. मैं आगे के अध्ययन के लिए संग्रहित रक्त / ऊतक / अन्य जैविक नमूनों के उपयोग के लिए सहमत हूँ। मैं समझता / समझती हूँ कि यह मेरे / मेरे रिश्तेदारों के उपचार में अभी सहायक न हो लेकिन भविष्य में रोगियों के लिए सहायक हो सकता है। []
- vi. मैं इस सूचित सहमति की ऑडियो-विजुअल रिकॉर्डिंग से अवगत हूँ। []
- vii. मैं उपरोक्त अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमत हूँ। []

प्रतिभागी के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:

तारीख: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

हस्ताक्षरकर्ता का नाम: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर:

या

कानूनी रूप से स्वीकार्य प्रतिनिधि के हस्ताक्षर (या अंगूठे का निशान)

तारीख: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

हस्ताक्षरकर्ता का नाम: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर:

अन्वेषक के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

तारीख: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

अध्ययन अन्वेषक का नाम: \_\_\_\_\_

गवाह के हस्ताक्षर (या) अंगूठे का निशान:

तारीख: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

हस्ताक्षर:

गवाह का नाम और पता: