

மூன்றாம் நிலைப் பராமரிப்பு மையத்தின் ஒருங்கிணைந்த தரவுத் தளத்தைப் பயன்படுத்தி கோவிட் தொற்று சந்தேகிக்கப்படுகின்ற அல்லது உறுதியாகியுள்ள நபர்கள் பற்றிய உற்றுநோக்கல் பயிலுகைகள்.

வயதுமுதிர்ந்த நோயாளிகளின் தகவலறிந்த ஒப்புதல்

ஆய்வு எண்:

ஆய்வுக்குட்படுபவரின் பெயர்:

பிறந்த தேதி/ வயது:

பங்கேற்பவரின் தலைப்பெழுத்துகள்:

- i. கோவிட் தரவுத் தளத்துக்காக _____ நாளிட்ட தகவல் தாளை நான் படித்துப் புரிந்துகொண்டேன் என்பதையும் எனக்குக் கேள்விகள் கேட்க வாய்ப்பு அளிக்கப்பட்டது என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகிறேன். []
- ii. இந்த ஆய்வில் எனது/என் உறவினருடைய பங்கேற்பு சொந்த விருப்பத்தினாலானது என்பதையும், எனது மருத்துவப் பராமரிப்போ, சட்ட உரிமைகளோ பாதிக்கப்படாமலும், எந்தக் காரணத்தையும் கூறாமலும், நான் ஆய்விலிருந்து எந்தச் சமயத்திலும் விலகலாம் என்பதையும் புரிந்துகொண்டுள்ளேன். []
- iii. நான் இந்தச் சோதனையிலிருந்து விலகிவிட்டாலும், கிறித்துவ மருத்துவக் கல்லூரியின் விதிமுறைக் குழு, ஆய்வுக்கு நிதியளிக்கும் அமைப்பு, ஒழுங்குபடுத்தும் அதிகாரிகள் ஆகியோருக்கு இந்த ஆய்வு தொடர்பாகவோ, அல்லது இது தொடர்பாகச் செய்யப்படும் வேறு ஆய்வு தொடர்பாகவோ எனது ஆவணங்களைக் காண அனுமதி தேவையில்லை என்பது எனக்குத் தெரியும். இவ்வாறு அளிப்பதற்கு நான் ஒப்புக் கொள்கிறேன். ஆனால் மூன்றாம் நபர்களுக்கோ பிரசுரங்களுக்கோ அளிக்கப்படும் எந்தத் தகவலிலும் எனது அடையாளம் வெளிப்படுத்தப்படாது என்பதையும் அறிகிறேன். []
- iv. இந்த ஆய்விலிருந்து பெறப்படுகின்ற எந்தத் தரவுகளையும் அல்லது முடிவுகளையும், அவை அறியில் நோக்கங்களுக்காகவே பயன்படுத்தப்படும் என்றால் அதை நான் கட்டுப்படுத்த மாட்டேன் என்று உடன்படுகிறேன். []
- v. மேலும் இனிமேல் நிகழ்த்தப்பட இருக்கும் ஆய்வுகளுக்காக என்னிடமிருந்து சேமிக்கப்பட்ட இரத்தம்/திசு/பிற உயிரியல் மாதிரிகளைப் பயன்படுத்த நான் உடன்படுகிறேன். இது எனது அல்லது எனது உறவினரின் சிகிச்சைக்கு உதவியாக இருக்காது என்று அறிந்தாலும், இது எதிர்கால நோயாளிகளுக்குப் பயன்படலாம் என்பதையும் புரிந்துகொள்கிறேன். []
- vi. இந்தத் தகவலறிந்த ஒப்புதல் ஒலிஒளிப் பதிவு செய்யப்படுகிறது என்பதை நான் அறிந்துள்ளேன். []
- vii. மேற்கண்ட ஆய்வில் பங்கேற்க நான் உடன்படுகிறேன். []

ஆய்வுப் பங்கேற்பாளரின் கையொப்பம் (அல்லது கட்டைவிரல் ரேகைப்பதிவு)

தேதி: ___/___/___

கையொப்பமிட்டவரின் பெயர்: _____

கையொப்பம்:

அல்லது

ஆய்வில் பங்கேற்பவரின் / சட்டபூர்வமாக ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடிய அவரது பிரதிநிதியின் கையொப்பம் (அல்லது கட்டைவிரல் ரேகைப்பதிவு):

தேதி: ___/___/___

கையொப்பமிட்டவரின் பெயர்: _____

கையொப்பம்:

புலனாய்வாளரின் கையொப்பம்: _____

தேதி: ___/___/___

ஆய்வு புலனாய்வாளரின் பெயர்: _____

சாட்சியின் கையொப்பம் அல்லது கட்டைவிரல் பதிவு:

தேதி: ___/___/___

கையொப்பம்:

சாட்சியின் பெயர் மற்றும் முகவரி: