

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

### सहमति प्रपत्र

यह क्रिश्चियन मेडिकल कॉलेज वेल्लोर में किए जा रहे कोविड 19 से संबंधित शोध में भाग लेने हेतु एक अनुमति पत्र है।

अध्ययन संख्या: \_\_\_\_\_

बच्चे के प्रथमाक्षर: \_\_\_\_\_

बच्चे का नाम: \_\_\_\_\_

जन्म तिथि/आयु: \_\_\_\_\_

मुझे यह बताया गया है कि क्रिश्चियन मेडिकल कॉलेज, वेल्लोर कोविड -19 पर एक शोध कर रहा है। मैं जानता/जानती हूँ कि यह वायरस कई देशों में फैल गया है और इससे स्वास्थ्य संबंधी कई समस्याएं पैदा हो रही हैं। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि हमें इस नए वायरस पर शोध करने की आवश्यकता है ताकि हम इससे बेहतर तरीके से लड़ सकें। मैं समझता/समझता हूँ कि मुझे खून के सैंपल, गले के स्वैब और कोविड 19 से संबंधित अन्य टेस्ट कराने की आवश्यकता हो सकती है। मुझे यह भी समझाया गया है कि खून निकालना और गले का स्वैब लेना कुछ कष्टदायक होगा। मेरे खून, गले के स्वैब और अन्य नैदानिक रिपोर्टों के साथ जो शोध होने जा रहा है, वह मुझे उस भाषा में समझाया गया है, जो मैं समझता/समझती हूँ। मैं पूरी तरह से समझता/समझती हूँ कि इस शोध में भाग लेने या न लेने का निर्णय मेरी इच्छा पर निर्भर करता है और मेरे इस फैसले का मेरे इलाज पर कोई असर नहीं पड़ेगा। मैंने इस परियोजना के बारे में अपने माता-पिता से बात की है और मैंने फैसला किया है कि मैं इस शोध का हिस्सा बनना चाहूंगा/चाहूंगी।

बच्चे के हस्ताक्षर:

तारीख: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

हस्ताक्षरकर्ता का नाम: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: