

तृतीयक स्वास्थ्य केंद्रों में एकीकृत डाटाबेस का इस्तेमाल कर, ऐसे मरीज़, जिन्हें कोविड होने की संभावना है/जिन्हें कोविड संक्रमण है, उनका निरीक्षण रूपी अध्ययन

पेडियेट्रिक मरीज़ों के लिए सूचित सहमति प्रपत्र

यह क्रिश्चियन मेडिकल कॉलेज वेल्लोर में किए जा रहे कोविड 19 से संबंधित शोध में भाग लेने के हेतु एक सूचित सहमति प्रपत्र है

अध्ययन संख्या: \_\_\_\_\_

कर्ता के प्रथमाक्षर (इनीशियल): \_\_\_\_\_ कर्ता का नाम: \_\_\_\_\_

जन्म तिथि/आयु: \_\_\_\_\_

(कर्ता)

- (i) मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मैंने उपरोक्त अध्ययन के लिए दिनांक \_\_\_\_\_ 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 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 कानूनी अधिकारों पर कोई प्रतिकूल प्रभाव नहीं पड़ेगा। []
- (iii) मैं समझता/समझती हूँ कि अनुसंधान वित्त संगठन, आचारनीति (एथिक्स) समिति 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 आगे के अध्ययन के लिए संग्रहित रक्त/ऊतक/अन्य जैविक नमूनों के उपयोग के लिए सहमत हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि यह मेरे बच्चे के उपचार में अभी सहायक न हो लेकिन भविष्य में रोगियों के लिए सहायक हो सकता है। []
- (v) 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 हो। []
- (vi) मैं उपरोक्त अध्ययन में अपने बच्चे की भागीदारी के लिए सहमत हूँ। []
- (vii) मैं इस सूचित सहमति की ऑडियो-विजुअल रिकॉर्डिंग से अवगत हूँ। []

माता-पिता/कानूनी रूप से स्वीकार्य प्रतिनिधि के हस्ताक्षर (या अंगूठे का निशान)

तारीख: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

हस्ताक्षरकर्ता का नाम: \_\_\_\_\_ हस्ताक्षर:

या

अन्वेषक के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

तारीख: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

अध्ययनकर्ता का नाम: \_\_\_\_\_

गवाह के हस्ताक्षर (या) अंगूठे का निशान: \_\_\_\_\_

तारीख: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

गवाह का नाम और पता: \_\_\_\_\_

---