



विधि का शीर्षक:

प्लेट अथवा मुद्रणका प्रयोग करें:

एम आर एन #:

जन्म तारीख:

पात्र का नाम:

प्रधान जांच कर्ता:

लिंग:

अनुसन्धान में सहभागी होने के लिए संक्षिप्त सहमति फॉर्म

आपको पूछा जा रहा है की क्या आप अनुसन्धान अध्ययन में शामिल होना चाहेंगे। अध्ययनमें शामिल होने के लिए राजी होने से पहले, इस अध्ययन दलका सदस्यद्वारा आपको इस अनुसन्धानके बारेमें कुछ चीजें बताना जरूरी है। आपको बताया जाएगा :

1. इस अनुसन्धानका उद्देश्य
2. अनुसन्धान के दौरान आपके ऊपर क्या क्या होगा
3. अनुसन्धान कितने समय तक चलेगा और आपको कितने देर तक सहभागिता करने के लिए कहा जायेगा
4. अनुसन्धानके किसी अंशों जो प्रयोगात्मक हों (किसी चीज़ जिसकी जांच किया जा रहा हो)
5. कोई खतरा अथवा अनुसन्धानके अंशोंसे आपको कष्ट अथवा आपको असुविधाजनक महसूस हों
6. अनुसन्धानद्वारा आपको अथवा किसी औरको हो सकने वाला फ़ायदा
7. किसी इलाज अथवा प्रक्रियाओं से अनुसन्धान के बदले आपको होने वाला फ़ायदा (वैकल्पिक)
8. जिसके साथ आपकी जानकारी आदान-प्रदान किया जाएगा उनकी कुछ पहचान
9. कैसे आपकी गोपनीयता और आपकी जानकारीकी गुप्तताकी सुरक्षा की जायेगी

अगर इस अध्ययन पर निम्न जानकारी लागू होती है तो इसके बारेमें आपको अध्ययन कर्मचारीद्वारा बताया जाना जरूरी है :

1. क्या आपको मुआबजा दिया जाएगा (धन अथवा मुफ्त चिकित्सा उपचार) यदि आप इस अनुसन्धान अध्ययनके दौरान घायल हो जाते हैं
2. यदि कोई अपरिचित जोखिम हों जिसका हमें ज्ञात न हों पर भविष्यमें घटित हो सकता हों
3. क्या कोई कारण है जिसके वजह से अनुसन्धानकर्ताओंद्वारा आपको अध्ययनमें रहने से रोक सकता है
4. आपको अध्ययनमें रहनेके लिए कोई खर्च
5. आप अगर अध्ययनमें न रहना चाहे तो क्या हो सकता है
6. जब आपको नए खोजोंके बारेमें बताया जाएगा जिससे आपका अध्ययन में रहनेका मन बदल सकता है
7. अध्ययन में कितने लोग होंगे

ऊपर दिए गए सभी जानकारी बताया जानेके पश्चात आपको अध्ययन कर्मचारीद्वारा अध्ययनमें सम्मिलित होना है या नहीं पूछा जाएगा। यदि आप राजी होते हैं तो आपको अध्ययन कर्मचारीद्वारा इस फॉर्म पर दस्तखत करनेको कहा जायेगा। इस फॉर्मका हस्ताक्षरित प्रतिलिपि आपको अपनी मातृ भाषा में दिया जाना जरूरी है। आपको अंग्रेज़ीमें अनुसन्धानका संक्षिप्त विवरण भी दिया जाएगा।

आप अथवा आपका अनुवादक _____ पर अनुसन्धानके बारेमें कोई प्रश्न हो या यदि आप घायल हो जाए



अनुसन्धान सहमति फॉर्म

एम आर एन: _____

मुद्रित नाम: _____

और क्या करना है इसके बारे में जानकारी लेना हो तो किसी भी समय _____ पे फोन कर सकते हैं। आप अथवा आपका अनुवादक यदि अनुसन्धानके पात्रके रूपमे आपके पास निहित अधिकारों के बारे में कोई प्रश्न हों तो ६१७-३५५-७०५२ पर चिकित्सकीय जांच बोस्टन शिशु अस्पताल समितिको फोन कर सकते हैं।

आप इस अनुसन्धान अध्ययन में रहना चाहते हो या नहीं इसका निर्णय करने के लिए आप स्वतंत्र हैं। ये आपके ऊपर है। आप अध्ययन में नहीं रहना चाहते हैं तो इसका निर्णय आप कर सकते हैं। आप अध्ययन में रहनेके लिए निर्णय कर सकते हैं और किसी भी समय आप इसे छोड़ सकते हैं। आप यदि अध्ययन में नहीं रहना चाहते हैं और यदि आप इसे छोड़ने का निर्णय करते हैं तो इससे आपके फायदों में कोई नुकसान नहीं होगी जो आपका हक का है। आपका कोई भी निर्णय हो इससे कर्मचारीका आपके तरफ व्यवहार पर कोई बदलाव नहीं आएगा पर यदि आप अनुसन्धान अध्ययन में रहना चाहते हैं तो आपका उपचार व्यवस्था में बदलाव हो सकता है।

इस कागजात पर दस्तखत करने का मतलब ये है की आपको इस अनुसन्धान अध्ययनके बारे में बताया गया है। इसका मतलब आपको ऊपर उल्लेखित सभी जानकारी दी गई है। यदि आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करते हैं तो आप इस अध्ययन में सम्मिलित होने के लिए मंजूर हैं।

पात्रकी अनुमति

■ _____
तारीख (महीना/तारीख/साल) शिशु/ किशोर /किशोरी पात्रका दस्तखत (यदि लागू हों तो)

पात्रकी सहमति और/अथवा मातापिता/कानूनी अभिभावककी अनुमति

■ _____
तारीख (महीना/तारीख/साल) वयस्क पात्र अथवा मातापिता अथवा कानूनी अभिभावकका दस्तखत शिशुके साथ सम्बन्ध

■ _____
तारीख (महीना/तारीख/साल) गवाह* और अनुवादकका दस्तखत मुद्रित नाम

* गवाह ये निश्चित करता है की अनुसन्धान विधिकी व्याख्या की गयी थी और पात्रको प्रश्न कर सकने के बारे में सलाह दिया गया था।