Boston Children's Hospital

# शोध सहमति फाराम

प्लेट वा प्रिन्ट प्रयोग गर्नुहोस्:

**प्रोटोकल प्रकार:**

MRN#:

जन्ममिति:

विषय नाम:

**प्रमुख अन्वेषक:**

लिङ्ग:

---

**अनसन्धानमा सहभागिताको लाि ि छोटो इच्छापत्र**

तपाइलाई यस अध्ययन अनसन्धानमा सहभागी हन हनको लागग इच्छा छ कक भनर सोगधदछ। अध्ययन अनसन्धानमा सहभागी हन अघि यसको सदस्यहरु मध्य एक सदस्यल कन कराहरु अघनवाय रुपमा बताउन पनछ. घनम्न ललखित कराहरु भघननछ।

१. अध्ययन अनसन्धानको उदस्य ।
२. अध्ययन अनसन्धानको समयमा तपाइलाई क हन्छ ।
३. अध्ययन अनसन्धान कघत अवगधको हन्छ र तपाइल कघत समय सहभागी हनपछ ।
४. अनसन्धानका कन पछय प्रयोगात्मक छ, छन भन्न बबषयमा । (कन पघन प्रयोगात्मक पररक्षण गन पन करा)
६. तपाई अनसन्धानमा सहभागी हदा, तपाइलाई हन सक्न क्षघत, नोक्सानी, पपडा वा असजिलोपनको सम्बन्धमा ।
७. अनसन्धानबाट तपाई वा अरु कसलाई पघन पग्न सक्न फाइदाको सम्बन्धमा ।
८. अन्य कन उपचार वा पद्दघतल अनसन्धानलाई भन्दा तपाईलाइ पग्न फाइदाको सम्बन्धमा
९. तपाइको व्यजक्तगत ि ानकारी, आदान प्रदान गररन कम्पनी, सस्थाको बारमा ।
१०. तपाइको सहभागगता र व्यजक्तगत ि ानकारी सम्बजन्ध कराहरु कसरर गोप्य र सरक्षक्षत राखिन्छ भन्न सम्बन्धमा ।

यदद यस अध्ययनमा तल लखिएका कराहरु लाग हन्छन वा सम्बजन्धत छन भन अध्ययनकताल अघनवाय रुपमा तपाइलाई बताउन पनछ ।

१. यदद तपाइल कन सबबधा पाउनहनछ भन (पाररश्रलमक वा घन:शल्क उपचार), यदद यस अध्ययन अनसन्धानको लशललसलामा तपाई ि इत हन भएमा ।
२. हाल अध्ययन समहको ि ानकारीमा नरहको तर भबबस्यमा हन सक्न कन क्षघत छन भन त्यसको सम्बन्धमा ।
३. अनसन्धानकताहरुल यदद तपाइलाई यस अध्ययनमा सहभागीहनबाट रोक्नपन कारण दिमा त्यस सम्बन्धमा ।
४. यस अध्ययनमा सहभागी हन तपाईल कन शल्क घतनपन भएमा, त्यसको बारमा ।
५. यदद तपाईल अध्ययन अनसन्धान रोक्न चाहमा क हनछ त्यसको बारमा ।
६. ि ब अध्ययन समहल नया कराहरु पत्ता लागको बताउन छन, त्यस्ता कराल तपाइलाई अध्ययनमा रहन वा नरहन तपाइल घनणय पररवतन गन सक्न बारमा । ७ अध्ययन समहमा कघत ि ना रहनछन भन्न सम्बन्धमा ।

अध्ययन समहका सदस्यल तपाइलाई मागथ लखिएका सब कराहरु स्पष्ट रुपमा बताई सकपछी तपाइलाई अध्ययन समहमा रहन चाहनहन्छ कक हदन भघन सोध्नछन । यदद तपाई अध्ययन समहमा रहन चाहमा, अध्ययन समहका सदस्यल यो फारममा सदह गन भन्नछन । तपाइलाई तपाइको भाषामा लखिएको र सदह गरको यो फारम अघनवाय ददनपनछ साथ तपाइलाई अग्रेी भाषामा छोटोमा लखिएको अनसन्धान सम्बजन्ध व्यहोरा पघन उपलब्ध गराइनछ ।

# शोध सहमति फाराम

**Boston Children's Hospital**

MRN: ____________________________

विषय नाम: ________________________

यदद तपाईसग अध्ययन अनसन्धान सम्बजन्ध वा तपाई ििइत भएमा क गन भन्न प्रश्न भएमा तपाई वा तपाइको दोभाषल यस नम्बरमा सम्पक गन सक्नहनछ । फोन न: ____________________________जस्थत ____________________________ यसको साथ तपाई वा तपाइको दोभाषल अध्ययन अनसन्धान सम्बन्धमा तपाइको हक, अगधकारको ििनकारी ललन गचल्रन्स होजस्पटल कलमदट को उपचार अनसन्धान शाििको फोन न :- ६१७-३५५-७०५२ सम्पक गन सक्न हनछ ।

यस अध्ययन समहमा बस्न वा नबस्न घनणय गन तपाई स्वतन्त्र हनहन्छ । यो तपाइको व्यजक्तगत इच्छा हो । तपाईल तपाई यस अध्ययनमा नरहन घनणय गन सक्न हनछ । तपाई यस अध्ययन समहमा रहर कनपघन समय अनसन्धान रोक्न सक्न हनछ यदद तपाई यस अध्ययन अनसन्धानमा सामल हन चाहन भएन भन वा सामल भएर बबचमा रोक्न चाहन भयो भन पघन तपाईल पाउन कनपघन सबबधाबाट बजन्चत हनहन छन । तपाइको घनणय ि भए पघन, तपाइको उपचार पद्दघत वा तपाई प्रघत हाम्रो कमचारीको व्यवहार मा कन पररवतन हनछन । यदद तपाई अनसन्धान अध्ययनमा रहन भयो भन तपाइको उपचार पद्दघत पररवतन हनसक्नछ ।

यसमा हस्ताक्ष्यर गन को मतलब तपाइलाई अध्यन अनसन्धान को बारमा बताई सककएको छ । यसको मतलब तपाइलाई मागथ िनाएको सब ििनकारी ददई सकका छौ । यदद तपाई ल एस फारम मा हस्ताक्ष्यर गन भयो भन तस्को मतलब तपाईल यो अध्यन अनसन्धान मा सररक हन घनणय ललन भएको हो ।

## विषय स्वीकृति

■ ____________________ ____________________________________

मिति (महिना/दिन/वर्ष) **बच्चा/युवक विषय**को हस्ताक्षर (यदि लागू हुन्छ भने)

## विषय सहमति र/अभिभावक/कानूनी अभिभावक अनुमति

■ ____________________ ____________________________________ ____________________

मिति (महिना/दिन/वर्ष) वयस्क विषय वा अभिभावक वा कानूनी अभिभावकको हस्ताक्षर बच्चासँगको सम्बन्ध

■ ____________________ ____________________________________ ____________________

मिति (महिना/दिन/वर्ष) **साक्षी* र दोभाषेको** हस्ताक्षर मुद्रित नाम

* साक्षक्षल उपचार पद्दघत को ििनकारी भएकोछ र सम्बजन्धत बबसयको बारमा बताईएको छ प्रस्न भएमा सोध्न सक्न छन