

IRB# _____

PI: _____

शोध में भाग लेने की सहमति

आपसे एक शोध अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है। शोध में भाग लेना एक स्तरीय स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने से भिन्न होता है। शोध का मुख्य उद्देश्य भविष्य के रोगियों और आम तौर पर समाज को लाभ पहुंचाना होता है। शोध अध्ययनों से इसके भागीदारों को लाभ हो भी सकता है या लाभ नहीं भी हो सकता है।

सहमत होने से पहले, जांचकर्ता द्वारा आपको बताया जाना चाहिए (i) अध्ययन क्यों किया जा रहा है और अध्ययन के दौरान आपको क्या करना है; (ii) अध्ययन का कौन-सा हिस्सा शोध है और आप अध्ययन में कितने समय तक रहेंगे; (iii) शोध का कोई संभावित जोखिम, असुविधा और फायदे; (iv) यदि आप अध्ययन से नहीं जुड़ने का फैसला लेते हैं तो आपको कौन-से अन्य उपचार मिल सकते हैं; और (v) आपके अध्ययन रिकॉर्ड कौन देख सकता है और आपके रिकॉर्ड किस तरह गोपनीय रखे जाएंगे।

जहां उपयुक्त हो, वहां जांचकर्ता द्वारा आपको यह भी बताया जाना चाहिए (i) यदि इस शोध में शामिल होने के कारण आपको चोट लगती है या नुकसान पहुंचता है तो देखभाल कैसे प्राप्त करें और इसके लिए भुगतान कौन करेगा; (ii) इसकी संभावना कि शोध में कुछ अज्ञात जोखिम हैं; (iii) वे कारण जिनकी वजह से जांचकर्ता आपकी भागीदारी रोक सकता है; (iv) इस शोध में शामिल होने के कारण आपके लिए कोई अतिरिक्त लागत; (v) यदि आप भागीदारी रोकने का फैसला लेते हैं तो क्या होता है; (vi) आपको नए निष्कर्ष के बारे में किस समय बताया जाएगा जिससे भाग लेने की आपकी इच्छा प्रभावित हो सकती है; और (vii) अध्ययन में कितने लोग शामिल होंगे।

यदि आप भाग लेने के लिए सहमत होते हैं तो आपको इस दस्तावेज की एक हस्ताक्षरित प्रति दी जानी चाहिए। आपको इस अध्ययन के सहमति फॉर्म की अंग्रेजी में लिखी प्रति भी मिलेगी।

कृपया जांचकर्ता, डॉ. _____ से फोन नंबर _____ पर किसी भी समय संपर्क करें यदि शोध के बारे में आपके कोई प्रश्न हैं या यदि आप शोध के दौरान चोटग्रस्त होते हैं या आपको कोई समस्या आती है।

यदि शोध प्रतिभागी के रूप में अपने अधिकारों के बारे में आपके कोई प्रश्न हैं तो आप KUMC मानव प्रतिभागी समिति (ह्यूमन सब्जेक्ट कमेटी) से (913) 588-1240 नंबर पर संपर्क कर सकते हैं।

शोध स्वैच्छिक है और आप किसी भी समय अपना विचार बदल सकते हैं। यदि आप भाग न लेने का फैसला लेते हैं या अध्ययन शुरू करने के बाद समय से पहले भागीदारी रोकते हैं तो कोई जुर्माना नहीं लगेगा। किसी भी स्थिति में आपको यूनिवर्सिटी ऑफ़ कंसास मेडिकल सेंटर (KUMC) में चिकित्सकीय देखभाल और सेवाएं प्राप्त होंगी।

यदि आप इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करते हैं तो इसका मतलब है कि शोध सहमति फॉर्म के अंग्रेजी संस्करण का मौखिक रूप से अनुवाद आपके लिए किया गया है, कि आपके प्रश्नों के उत्तर दे दिए गए हैं, और कि आप शोध में भाग लेने के लिए स्वैच्छिक रूप से सहमत हैं।

शोध भागीदार का पूरा नाम स्पष्ट अक्षरों में

शोध भागीदार के हस्ताक्षर

दिनांक

अनुवादक/सहमति के गवाह का पूरा नाम स्पष्ट अक्षरों में

अनुवादक/सहमति के गवाह के हस्ताक्षर

दिनांक