

नेताजी सुभाष मेडिकल कॉलेज और अस्पताल, बिहटा
(सीआरईसी)
प्रतिभागी सूचित सहमति प्रपत्र (PICF)

इस परीक्षण के लिए प्रतिभागी पहचान संख्या:

परियोजना का शीर्षक:

प्रधान अन्वेषक का नाम: दूरभाष संख्या (ओं)।

सूचना पत्र दिनांक की सामग्री जो प्रदान की गई थी, मेरे द्वारा ध्यान से पढ़ी गई है / मुझे विस्तार से समझाया गया है, एक भाषा में जिसे मैं समझता हूँ, और मैंने सामग्री को पूरी तरह से समझ लिया है। मैं पुष्टि करता हूँ कि मुझे प्रश्न पूछने का अवसर मिला है।

अध्ययन की प्रकृति और उद्देश्य और इसके संभावित जोखिम / लाभ और अध्ययन की अपेक्षित अवधि, और अध्ययन के अन्य प्रासंगिक विवरण मुझे विस्तार से बताए गए हैं। मैं समझता हूँ कि मेरी भागीदारी स्वैच्छिक है और मैं बिना कोई कारण बताए, मेरी चिकित्सा देखभाल या कानूनी अधिकार को प्रभावित किए बिना किसी भी समय वापस लेने के लिए स्वतंत्र हूँ।

मैं समझता हूँ कि इस शोध में मेरी भागीदारी से मेरे बारे में एकत्र की गई जानकारी और मेरे किसी भी मेडिकल नोट के अनुभागों को एनएसएमसीएच के जिम्मेदार व्यक्तियों द्वारा देखा जा सकता है। मैं इन व्यक्तियों को अपने रिकॉर्ड तक पहुंच की अनुमति देता हूँ। मैं उपरोक्त अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमत हूँ।

दिनांक:

(हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का निशान) स्थान:

प्रतिभागी का नाम: पुत्र/पुत्री/पति/पत्नी: पूरा डाक पता:

यह प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त सहमति मेरी उपस्थिति में प्राप्त की गई है।

प्रधान अन्वेषक के हस्ताक्षर
दिनांक:

स्थान:

1) गवाह - 1
हस्ताक्षर

नाम
पता

2) गवाह - 2
हस्ताक्षर

नाम
पता

नोट:- तीन प्रतियां बनाई जानी चाहिए, के लिए (1) रोगी, (2) शोधकर्ता, (2) संस्थान
(छात्रों से अनुरोध है कि वे स्वयं ही सरल समझने योग्य हिंदी में अनुवाद तैयार करें।)