



यूनिवर्सिटी ऑफ मैसाचुसेट्स मेडिकल स्कूल
अनुसंधान में मानव मरीजों के संरक्षण के लिए समिति

UMass मेमोरियल मेडिकल सेंटर

अंग्रेजी न बोलने वाले मरीजों के लिए लिखित सहमति दस्तावेज़ का लघु प्रपत्र
अनुसंधान में भाग लेने के लिए सहमति

PI नाम: डॉकेट #: _____

आपसे एक शोध अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है।

आपकी सहमति से पहले, अन्वेषक द्वारा आपको उद्देश्य, प्रक्रियाएँ, और अनुसंधान अवधि; ऐसी कोई प्रक्रियाएँ जो प्रयोगात्मक हों; अनुसंधान संबंधी कोई समुचित रूप से पूर्वाभासी जोखिम, असुविधाएँ और लाभ; और संभाव्य रूप से लाभप्रद वैकल्पिक प्रक्रिया या उपचार; और किस प्रकार गोपनीयता बनाए रखा जाए, इन सबके बारे में बताना चाहिए।

जहाँकहीं लागू हो, अन्वेषक द्वारा आपको उपलब्ध किसी मुआवज़े या चिकित्सा उपचार, अप्रत्याशित जोखिमों की संभावना, वे हालात जिनमें अन्वेषक आपकी भागीदारी को रोक सकते हैं, आपके लिए कोई अतिरिक्त लागत, यदि आप भाग लेना रोकने का चयन करते हैं, तो क्या होगा; और आपकी सहभागिता को प्रभावित करने वाले किन्हीं नए निष्कर्षों की जानकारी और अध्ययन में भाग लेने वाले लोगों की संख्या के बारे में भी बताना चाहिए।

यदि आप भाग लेने के लिए सहमत हैं, तो आपको यह दस्तावेज़ और अनुसंधान के लिखित सारांश की हस्ताक्षरित प्रति दी जानी चाहिए।

यदि अनुसंधान के बारे में आप कोई प्रश्न पूछना चाहते हैं, तो किसी भी समय आप _____ से _____ पर संपर्क कर सकते हैं।

यदि अनुसंधान मरीज के रूप में आपके अधिकारों के बारे में या चोट लगने पर आपको क्या करना चाहिए, इस बारे में कोई प्रश्न हों, तो आप रिसर्च सब्जेक्ट्स ऑफिस को 508-856-4261 पर संपर्क कर सकते हैं।

इस शोध अध्ययन में आपकी भागीदारी पूरी तरह स्वैच्छिक है। यदि आपने इस शोध अध्ययन में भाग नहीं लेने का निर्णय लिया है, तो वह आपको प्राप्त होने वाली स्वास्थ्य सेवा को प्रभावित नहीं करेगी। यदि आप भाग लेने से मना कर दें या सहभागिता रोकने का निर्णय लें, तो आपको दंडित नहीं किया जाएगा या आप लाभ नहीं खोएँगे।

इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करने का मतलब है कि उपरोक्त जानकारी सहित अनुसंधान अध्ययन आपको मौखिक रूप से वर्णित किया गया है, और आप स्वेच्छा से भाग लेने के लिए सहमत हैं।

सहभागी के हस्ताक्षर

दिनांक

गवाह के हस्ताक्षर

दिनांक