

গবেষণা সমীক্ষায় অংশগ্রহণের সম্মতি

অংশগ্রহণকারীর নাম: _____ IRB গবেষণা #: _____

মেডিক্যাল রেকর্ড/অংশগ্রহণকারীর আইডি ID #: _____

আপনাকে অথবা আপনার সন্তানকে একটি গবেষণা সমীক্ষায় অংশগ্রহণ করার জন্য আমন্ত্রণ জানানো হচ্ছে। গবেষণা সমীক্ষার মাধ্যমে বিজ্ঞানীরা (ডাক্তার, নার্স ও অন্যান্য পেশাদারগণ) কোনোকিছু কীভাবে হয়ে থাকে তা বুঝতে এবং নতুন জ্ঞান অর্জনের চেষ্টা করেন। শরীর কীভাবে কাজ করে, রোগবাহাই কেন হয়, কীভাবে কোনো রোগের চিকিৎসা করতে হয় অথবা মানুষ কোনো নির্দিষ্ট বিষয় সম্পর্কে কী ভাবে ও অনুভব করে থাকে; এসবই গবেষণা সমীক্ষার বিষয়বস্তু হতে পারে।

আপনার বা আপনার সন্তানের এই গবেষণা সমীক্ষায় অংশগ্রহণ করার বিষয়ে আপনার সিদ্ধান্ত গ্রহণ করার পূর্বে অবশ্যই (i) এই গবেষণা সমীক্ষায় অংশগ্রহণ করা বা না করার পক্ষে কারণগুলো বুঝতে আপনাকে সহায়তা করবে, এমন গুরুত্বপূর্ণ তথ্য (ii) গবেষণা সমীক্ষার উদ্দেশ্য, কী কী কার্যাবলী সম্পন্ন করা হবে - যেটিকে কর্মপ্রক্রিয়া বলা হয়ে থাকে এবং গবেষণাটি কত দিন ধরে চলবে; (iii) যেকোনো গবেষণামূলক প্রক্রিয়া (পরীক্ষা চলছে) (iv) যেকোনো সম্ভাব্য ঝুঁকি, অস্বস্তিদায়ক বিষয় এবং গবেষণার উপকারিতা; (v) অন্যান্য যেকোনো সম্ভাব্য উপকারি কার্যপ্রক্রিয়া বা চিকিৎসা; এবং (vi) কীভাবে আপনার গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে; (vii) শনাক্তযোগ্য ব্যক্তিগত তথ্য বা শনাক্তযোগ্য নমুনাগুলো ভবিষ্যত গবেষণার জন্য রেখে দেওয়া হবে কিনা বা অন্য গবেষণার জন্য আপনার সম্মতি গ্রহণ ছাড়াই সেগুলো অন্যান্য গবেষকদেরকে প্রদান করা হবে কিনা, গবেষকরা এই বিষয়গুলো আপনাকে জানাবেন।

প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে গবেষককে সেইসাথে (i) আঘাতপ্রাপ্তির ঘটনা বা ক্ষতির ক্ষেত্রে লভ্য অর্থ বা চিকিৎসা; (ii) অজানা ঝুঁকির সম্ভাবনা; (iii) কোন কোন পরিস্থিতিতে গবেষক আপনাকে অংশগ্রহণ করা হতে বিরত রাখতে পারবেন; (iv) আপনাকে বহন করতে হবে, এমন বাড়তি ব্যয়; (v) আপনি অংশগ্রহণ করা থামিয়ে দিলে কী হবে; (vi) আপনার অংশগ্রহণের ইচ্ছের উপর প্রভাব ফেলতে পারে, এমন ধরনের নতুন অনুসন্ধান ফলাফল আপনাকে জানানোর সময় এবং (vii) অংশগ্রহণকারীর সংখ্যা; (viii) আপনার জৈব নমুনাগুলো যে ব্যবসায়িক মুনাফা অর্জনে ব্যবহৃত হতে পারে, এবং সেই ব্যবসায়িক মুনাফার ভাগ আপনিও পাবেন কিনা, সে সম্পর্কে; (ix) গবেষণায় জিনোমের পূর্ণ ক্রম তৈরি অন্তর্ভুক্ত থাকবে কিনা; এই ধরনের বিষয়গুলো সম্পর্কেও জানাবেন।

আপনি অংশগ্রহণ করতে সম্মত হলে আপনাকে এই নথিটির একটি স্বাক্ষরিত অনুলিপি এবং এই সমীক্ষার জন্য ইংরেজিতে লেখা একটি অনুমোদিত সম্মতিপত্রের একটি অনুলিপি দেওয়া হবে।

গবেষণা সম্পর্কে অথবা আঘাতপ্রাপ্ত হলে কী করতে হবে, সে সম্পর্কে প্রশ্ন কোনো থাকলে যেকোনো সময় আপনি

_____ -এর সাথে _____

ঠিকানায় যোগাযোগ করতে পারেন। গবেষণায়

অংশগ্রহণকারী হিসেবে নিজের অধিকার সম্পর্কে আপনার কোনো জিজ্ঞাসা থাকলে আপনি (508)856-4261 নম্বরে ফোন করে,

irb@umassmed.edu ঠিকানায় ইমেইল করে অথবা নিচের ঠিকানায় চিঠি পাঠিয়ে ইনস্টিটিউশনাল রিভিউ বোর্ডের সাথে যোগাযোগ করতে

পারবেন: **UMMS Institutional Review Board (IRB)**

362 Plantation Street, Ambulatory Care Center, 7th Floor

Worcester, MA 01605

এই গবেষণায় আপনার অংশগ্রহণ স্বেচ্ছামূলক (নিজ সিদ্ধান্ত নির্ভর) এবং আপনি এতে অংশগ্রহণ না করতে চাইলে বা এতে অংশগ্রহণ করা থামিয়ে দিতে চাইলে আপনাকে জরিমানা দিতে হবে না অথবা কোনো সুবিধা হতে বঞ্চিত হতে হবে না।

এই নথিতে স্বাক্ষর করার অর্থ হলো, উপরে বর্ণিত তথ্যগুলোসহ গবেষণা সমীক্ষার বিষয়ে আপনার সাথে মৌখিক আলোচনা করা হয়েছে এবং আপনি স্বেচ্ছায় এতে অংশগ্রহণ করতে রাজি হয়েছেন।

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

আইনগতভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

_____ / _____

মুদ্রিত নাম/সাক্ষীর স্বাক্ষর

তারিখ