**एक शोध अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमति**

विषय का नाम: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IRB अध्ययन #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

मेडिकल रिकॉर्ड / विषय ID #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

आपको या आपके बच्चे को एक शोध अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है। एक शोध अध्ययन वह होता है जिसमें वैज्ञानिक (डॉक्टर, नर्स और अन्य पेशेवर) यह समझने का प्रयास करते हैं कि चीजें कैसे काम करती हैं और नया ज्ञान प्राप्त करते हैं। एक शोध अध्ययन शरीर कैसे काम करता है, बीमारी का क्या कारण होता है, बीमारियों का कैसे इलाज किया जाता है, या लोग कुछ चीजों के बारे में क्या सोचते और महसूस करते हैं आदि के बारे में हो सकता है।

आप या आपका बच्चा इस शोध अध्ययन में भाग लेंगे या नहीं यह तय करने से पहले, अन्वेषक को आपको निम्न बताना होगा (i) महत्वपूर्ण जानकारी जो आपको शोध में भाग लेने या न लेने के कारणों को समझने में मदद करेगी (ii) शोध अध्ययन के उद्देश्य, होने वाली गतिविधियाँ - जिन्हें प्रक्रिया कहा जाता है, और शोध का प्रचालन समय; (iii) कोई भी प्रक्रिया प्रयोगात्मक (जिसका परीक्षण किया जा रहा हो); (iv) शोध के कोई भी संभावित जोखिम, असुविधाएँ, और लाभ; (v) कोई भी अन्य संभावित रूप से सहायक प्रक्रिया या उपचार; और (vi) आपकी गोपनीयता कैसे बनी रहेगी; (vii) यदि पहचान योग्य निजी जानकारी या पहचान योग्य नमूनों को भविष्य के अनुसंधान के लिए रखा जाएगा या उस अन्य शोध के लिए सहमति के बिना अन्य शोधकर्ताओं के साथ साझा किया जाएगा।

जहाँ लागू हो, अन्वेषक को भी आपको इसके बारे में भी बताना होगा (i) चोट या नुकसान होने पर कोई भी उपलब्ध भुगतान या चिकित्सा उपचार; (ii) अज्ञात जोखिमों की संभावना; (iii) ऐसी परिस्थितियाँ जब अन्वेषक आपकी भागीदारी को रोक सकता है; (iv) आप के लिए जोड़ी गई कोई भी लागतें; (v) यदि आप भाग लेना बंद करने का निर्णय लेते हैं तो क्या होगा; (vi) जब आपको नए निष्कर्षों के बारे में बताया जाएगा जो भाग लेने की आपकी इच्छा को प्रभावित कर सकते हैं; और (vii) अध्ययन में कितने लोग होंगे; (viii) यह तथ्य कि आपके जैवनमूनों का उपयोग व्यावसायिक लाभ के लिए किया जा सकता है और क्या आप उस वाणिज्यिक लाभ में हिस्सा लेंगे या नहीं; (ix) यदि अनुसंधान में पूरा जीनोम अनुक्रमण शामिल हैं।

यदि आप भाग लेने के लिए सहमत हैं, तो आपको इस दस्तावेज़ की एक हस्ताक्षरित प्रति और अंग्रेजी में लिखे गए इस अध्ययन के लिए अनुमोदित सहमति फॉर्म की एक प्रति दी जानी चाहिए।

आप किसी भी समय \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ पर संपर्क कर सकते हैं, जब आपके पास अनुसंधान के बारे में या घायल होने पर आपको क्या करना चाहिए इस पर कोई प्रश्न हों। यदि आपके पास शोध विषय के रूप में आपके अधिकारों के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो आप (508) 856-4261 पर, irb@umassmed.edu पर ईमेल द्वारा, या निम्न पते पर मेल करके संस्थागत समीक्षा बोर्ड से संपर्क कर सकते हैं:

 UMMS Institutional Review Board (IRB)
 362 Plantation Street, Ambulatory Care Center, 7th Floor

 Worcester, MA 01605

इस शोध में आपकी भागीदारी स्वैच्छिक (आपकी अपनी पसंद) होगी, और यदि आप भाग लेने से इनकार करते हैं या रुकने का फैसला लेते हैं, तो आपको दंडित नहीं किया जाएगा या आप लाभ नहीं खोएँगे।

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
प्रतिभागी का हस्ताक्षर दिनांक

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

कानूनी रूप से अधिकृत प्रतिनिधि का हस्ताक्षर दिनांक

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

साक्षी का मुद्रित नाम / हस्ताक्षर दिनांक