|  |  |
| --- | --- |
|  | प्रधान अन्वेषक :  आवेदनपत्र नंबर:  अध्ययन का शीर्षक: |

**अनुसन्धान में भाग लेने के लिए सहमति**

आपसे एक अनुसन्धान अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है। आपके सहमत होने से पहले अन्वेषक को आपको इनके बारे में अवश्य बताना चाहिए:

(i)अनुसन्धान के प्रयोजन, प्रक्रियाएं और अवधि;

(ii)  कोई ऐसी प्रक्रियाएं जो प्रायोगिक हैं;

(iii) अनुसन्धान के पहले से अनुमान लगाने योग्य कोई तर्कसंगत जोखिम, कष्ट और लाभ;

(iv) कोई सम्भावित रूप से लाभप्रद वैकल्पिक प्रक्रियाएं या उपचार; और

(v)  गोपनीयता कैसे बनाई रखी जाएगी।

जहाँ लागू हो, वहाँ अन्वेषक को आपको इनके बारे में भी अवश्य बताना चाहिए:

(i)   अगर चोट लग जाती है, तो कोई उपलब्ध मुआवज़ा या चिकित्सा उपचार;

(ii)  पहले से अनुमान न लगाए जा सकने योग्य जोखिमों की सम्भावना;

(iii) वे परिस्थितियाँ जब अन्वेषक आपका भाग लेना रोक सकता है;

(iv) आप पर कोई अतिरिक्त लागत;

(v)  अगर आप भाग लेना बन्द करने का निर्णय करते हैं, तब क्या होता है;

(vi) आपको उन नए निष्कर्षों के बारे में कब बताया जाएगा जो भाग लेने की आपकी इच्छा को प्रभावित कर सकते हैं; और

(vii) अध्ययन में कितने लोग होंगे।

(viii)   नैदानिक परीक्षणों के लिए: इस नैदानिक परीक्षण का विवरण, अमरीकी कानून की अपेक्षा के अनुसार, www.ClinicalTrials.gov पर उपलब्ध होगा। इस वेबसाइट में वह सूचना सम्मिलित नहीं होगी जो आपकी पहचान करा सकती हो। वेब साइट में अधिक से अधिक परिणामों का सार सम्मिलित होगा। आप किसी भी समय वेबसाइट में खोज कर सकते हैं।

अगर आप भाग लेने पर सहमत होते हैं, तो आपको इस दस्तावेज़ की एक हस्ताक्षरित प्रति और अनुसन्धान का लिखित सार अवश्य दिया जाना चाहिए।

आप  *(*नाम*)* से *(*फोन नंबर*)*      पर सम्पर्क कर सकते हैं, जब भी अनुसन्धान के बारे में आपको प्रश्न पूछने हों।

आप *(*नाम*)* *से (*फोन नंबर*)*      पर सम्पर्क कर सकते हैं, अगर अनुसन्धान के प्रयोगाधीन-व्यक्ति के रूप में अपने अधिकारों के बारे में या इस बारे में आपके प्रश्न हैं कि आपके घायल हो जाने पर क्या किया जाना चाहिए।

इस अनुसन्धान में आपका भाग लेना स्वैच्छिक है और अगर आप भाग लेने से मना करते हैं या भाग लेना बन्द करने का निर्णय करते हैं, तो आपको दंडित नहीं किया जाएगा या आप लाभ नहीं गंवाएंगे।

इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करने का यह अर्थ है कि ऊपर दी गई सूचना सहित आपको अनुसन्धान अध्ययन के बारे में मौखिक रूप से समझा दिया गया है और आप अपनी इच्छा से भाग लेने पर सहमत हैं।

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

भाग लेने वाले के हस्ताक्षर   तारीख/समय

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

गवाह के हस्﻿u2340?ाक्षर तारीख/समय