

[अस्पताल सम्पर्क विवरण]

बिरामी प्रतिनिधिको लगिमन्जुरनामा फाराम
अवस्थान परीक्षण

अनुसन्धानको शिर्षक: पेटको रक्तस्रावको उपचारको लागि ट्रानिक्जामिक एसिड:
एउटा अन्तर्राष्ट्रिय अनियमनकृत द्वि पर्दा प्रायोगिक औषध नियन्त्रित परीक्षण

अस्पतालको सङ्केत		स्थानीय मुख्य अनुसन्धानकर्ता					
बिरामीको अस्पताल परिचय सङ्ख्या		अवस्थान सङ्ख्या					
बिरामीको नाम		यदि प्रतिनिधि हो भने, बिरामीसँगको सम्बन्ध			बाक		प्याक

संस्करण २.० मिति २३/०८/२०१७

- मैले जानकारी पृष्ठ पढेर बुझेको छु (मिति अगस्ट २३, २०१७ संस्करण सङ्ख्या २.०) र प्रश्नहरू सोधेर अवसर पाएको थिएँ
- यस अध्ययनमा सहभागी हुनु मेरो रोजाइ हो भन्ने कुरा मैले बुझेको छु । कुनै कारण न दिइकन र मेरो (बिरामीको) उपचार वा अधिकारमा कुनै असर नपरिकन कुनै पनि समयमा बाहिर निस्कनको लागि म स्वतन्त्र रहेको छु ।
- मेरो (बिरामीको) मेडिकल टिप्पणीहरूको भागहरूलाई यस अध्ययनमा संलग्न रहेको मानिसहरूले हेर्न सक्नेछन् भन्ने कुरा मैले बुझेको छु । ती टिप्पणीहरू हेर्नको लागि म अनुमति दिन्छु ।
- म यस फारामको एक प्रति लण्डनको अध्ययन कर्मचारीलाई निगरानीको लागि उपलब्ध गराउने अनुमति दिन्छु ।
- म मेरो निजी चिकित्सकलाई म (बिरामी) यस अध्ययनमा सहभागी हुँदै छु भन्ने कुरा बताउने अनुमति दिन्छु ।
- म यस परीक्षणमा मेरो बारेमा सङ्कलन गरिएको तथ्याङ्कलाई (मेरो निजी जानकारी हटाएर) विश्व भरिका अनुसन्धानकर्ताहरूले प्रयोग गर्नको लागि अनुमति दिन्छु ।
- माथिको अध्ययन, अवस्थान परीक्षणमा म सहभागी हुने कुरामा म सहमत रहेको छु

बिरामी / प्रतिनिधिको नाम _____ मिति _____ हस्ताक्षर (यदि हस्ताक्षर गर्न असमर्थ भए आँटाको छाप वा अन्य चिन्ह) _____

मन्जुरनामा लिने व्यक्तिको नाम _____ मिति _____ हस्ताक्षर _____

मुख्य अनुसन्धानकर्ताको नाम _____ मिति _____ हस्ताक्षर _____

बिरामी / प्रतिनिधि हस्ताक्षर गर्न असमर्थ छ । एकजना साक्षीको रूपमा परीक्षणबारे सबै जानकारीहरू दिइएको र बिरामी / प्रतिनिधि सहभागी हुन सहमत भएकोबारे म निश्चित गर्छु ।

साक्षीको नाम _____ मिति _____ हस्ताक्षर _____

मौलिक अनुसन्धानकर्ताको अध्ययन फाइलमा राखिनु पर्ने, १ प्रति बिरामीको लागि, १ प्रति बिरामीको अस्पतालको विवरणसँग राखिनु पर्ने