

PI Name

PI Department

Hospital Address

Hospital Address

Tel: XXXXXXXXXX, Email: XXXXXXXXXXXXXXXX

BORANG KEIZINAN UNTUK PESAKIT DAN WAKIL UJIAN HALT-IT

Tajuk Penyelidikan: Asid tranesamik untuk rawatan perdarahan gastrousus: ujian terkawal plasebo rabun dua pihak, dirawakkan antarabangsa

Kod hospital		Penyelidik Utama Tempatan				
Nombor ID hospital pesakit		Nombor perawakan				
			KOTAK		PEK	
Nama pesakit		Jika wakil, hubungan dengan pesakit				

Versi 2.0 bertarikh 23/08/2017

1. Saya telah membaca dan memahami lembaran maklumat (versi nombor 2.0 bertarikh 23/08/2017) dan telah mendapat peluang untuk menanyakan soalan.
2. Saya faham bahawa ia pilihan saya untuk mengambil serta di dalam kajian ini. Saya bebas untuk mengundurkan diri pada bila-bila masa, tanpa memerlukan sebab dan ini tidak akan menjejaskan rawatan atau hak saya (pesakit).
3. Saya faham bahawa sebahagian daripada nota perubatan saya (pesakit) mungkin akan dilihat oleh orang yang terlibat di dalam kajian ini. Saya membenarkan mereka untuk melihat nota tersebut.
4. Saya membenarkan salinan borang ini untuk disediakan kepada kakitangan kajian di London untuk pemantauan.
5. Saya membenarkan doktor peribadi saya untuk diberitahu bahawa saya (pesakit) sedang mengambil bahagian di dalam kajian ini.
6. Saya memberikan keizinan untuk data dikumpulkan mengenai saya di dalam ujian ini (dengan maklumat peribadi saya dikeluarkan) untuk digunakan oleh penyelidik di seluruh dunia.
7. Saya bersetuju bahawa saya (pesakit) akan mengambil bahagian di dalam kajian di atas, iaitu ujian HALT-IT.

Nama pesakit/wakil	Nombor I/C	Tarikh	Tandatangan (cap ibu jari atau tanda lain jika tidak berupaya untuk memberikan tandatangan)
--------------------	------------	--------	---

Nama orang yang mengambil keizinan	Nombor I/C	Tarikh	Tandatangan
------------------------------------	------------	--------	-------------

Nama Penyelidik Utama	Nombor I/C	Tarikh	Tandatangan
-----------------------	------------	--------	-------------

Pesakit/wakil tidak berupaya untuk memberikan tandatangan. Sebagai saksi, saya mengesahkan bahawa semua maklumat mengenai ujian telah diberi dan pesakit/wakil bersetuju untuk mengambil bahagian.

Nama saksi	Nombor I/C	Tarikh	Tandatangan
------------	------------	--------	-------------

Salinan asal akan difailkan bersama dalam Fail Kajian Penyelidik, 1 salinan untuk pesakit, 1 salinan untuk disimpan dengan rekod hospital pesakit