

هالٽ-اٽ تجربي لاءِ مريض ۽ نمائندي جو رضامندي فارم

تحقيق جو عنوان: آنڊن مان رت اچڻ جي علاج لاءِ ٽران ايگزيڪٽ ايسڊ جو استعمال: عالمي طور بنان ترتيب جي ڪيل، مريض کي راحت ڏيندڙ دوائن ذريعي ڪنٽرول ڪيل تجربو جنهن ۾ سڀني جي شناخت کي خفيه رکيو ويندو

اسپتال جو ڪوڊ		مڪيه مقامي تفتيش ڪار	
مريض جو اسپتال ۾ شناختي نمبر		بنا ترتيب جي ڏنل نمبر	
مريض جو نالو		جيڪڏهن نمائندو آهي ته مريض سان تعلق	
		باڪس	
		بيڪيٽ	

ورزن 2.1 (پاڪستان) تاريخ 23 آگسٽ 2017

1. معلومات شيٽ (ورزن نمبر 2.1 (پاڪستان) تاريخ 23 آگسٽ 2017 ۾ ڏنل معلومات کي مون چڱي ريت پڙهيو ۽ سمجهيو آهي ۽ انهي ڏس ۾ سوال پڇڻ جو موقعو پڻ مليو اٿم.
2. مان سمجهان ٿو ته هن تحقيق ۾ حصو وٺڻ منهنجي پنهنجي مرضي آهي. مان ڪنهن به وقت بغير سبب ڄاڻائڻ جي ۽ بغير منهنجا (مريض) علاج جا حق متاثر ٿيڻ جي انهي کان ٻاهر اچي سگهان ٿو.
3. مان سمجهان ٿو ته ٻيا مطالعا سمجهن ٿا ته مطالعاتي علاج (ٽران ايگزيڪٽ ايسڊ) سان رت جا غير ضروري ڳوڙها نه ڄمندا ۽ انهي جي مختصر مدي واري استعمال ۾ ڪي به خراب اثرات ناهن، پر هي مطالعو ڪندڙ ماڻهن کي اهو معلوم ناهي ته اهو منهنجي (مريض) حالت ۾ به ساڳيو ئي رهندو. مان سمجهان ٿو ته ڊاڪٽر مونتي (مريض) نظر رکندا، جيڪڏهن ڪو مسئلو ٿيو ته بهترين دستياب نگهبان ڪندا ۽ اهو مطالعو ڪندڙ ماڻهن کي پڻ ٻڌائيندا.
4. مان سمجهان ٿو ته منهنجي (مريض) جي طبي نوٽس جا حصا، اهي ماڻهو ڏسي سگهن ٿا ته جيڪي هي مطالعو ڪري رهيا آهن. مان کين اهڙا نوٽس ڏسڻ جي اجازت ڏيان ٿو.
5. مان اجازت ڏيان ٿو ته هن فارم جي هڪ ڪاپي لنڊن ۾ مطالعو ڪندڙ عملي کي چڪاس ڪرڻ لاءِ فراهم ڪئي وڃي.
6. مان اجازت ڏيان ٿو ته منهنجي ذاتي معالج کي آگاه ڪيو وڃي ته مان (مريض) هن مطالعي ۾ حصو وٺي رهيو آهيان.
7. مان اجازت ڏيان ٿو ته هن تجربي لاءِ منهنجي باري ۾ گڏ ڪيل معلومات (منهنجي ذاتي معلومات هٽائي ڪري) عالمي طور محققن لاءِ استعمال ڪري سگهجي ٿي.
8. مان (مريض) مٿي ٻڌايل مطالعي، هالٽ-اٽ تجربي ۾ حصو وٺڻ سان متفق آهيان

مريض/نمائندي جو نالو	تاريخ	دستخط (اڳوڻي جو نشان يا جيڪر صحيح ڪرڻ لائق ناهي ته ٻيو ڪو نشان)
رضانامو وٺندڙ شخص جو نالو	تاريخ	دستخط
مڪيه تفتيش ڪار جو نالو	تاريخ	دستخط
مريض/نمائندو دستخط نٿو ڪري سگهي. شاهد طور، مان اها تصديق ڪريان ٿو ته تجربو بابت سموري معلومات فراهم ڪئي وئي ۽ مريض/نمائندو هن ۾ حصو وٺڻ تي راضي آهي.		
شاهد جو نالو	تاريخ	دستخط

اصل کي تفتيش ڪار جي فائيل ۾ رکيو وڃي، هڪ ڪاپي مريض لاءِ، هڪ ڪاپي مريض جي اسپتال واري رڪارڊ ۾ رکيو وڃي