

સંસ્થાકીય આચાર સમિતિ

એચ.એમ.પટેલ સેન્ટર ફોર મેડિકલ કેર એન્ડ એજ્યુકેશન, કરમસદ

શીર્ષક:

સહભાગી નું નામ :

જન્મ તારીખ / ઉંમર :

		ખાનામાં નિશાની કરો
૧	મારી તબીબી સ્થિતિનું શૈક્ષણિક હેતુઓ માટે નિર્દેશન / પ્રસિધ્ધી વિશે મને પૂરેપૂરી સમજણ મળેલ છે અને મને પ્રશ્નો પુછવાની તક પણ મળેલ છે.	
૨	મારી તબીબી સ્થિતિના નિર્દેશન /પ્રસિધ્ધીમાં મારી / તેણી / તેણીની ઓળખ છતી થાય / ન થાય તે અંગે હું સંમત / અસંમત છું.	
૩	મારી તબીબી સ્થિતિના ફોટોગ્રાફ્સનું શૈક્ષણિક હેતુ માટે નિર્દેશન /પ્રસિધ્ધીમાં મારી / તેની/ તેણીની ઓળખ છતી થાય / ન થાય તે અંગે હું સંમત / અસંમત છું.	
૪	મારી અંગત ઓળખ છતી થાય તે અંગે હું અસંમત હોઉં તો પણ ત્રાહિત વ્યક્તિઓને અપાતી કે પ્રસિધ્ધ થતી માહિતીમાં મારી અંગત ઓળખ છતી નહીં થાય તેની મને સમજણ છે. અને અત્યારે મને મળી રહેલી તબીબી સાર-સંભાળમાં આની કોઈ અસર થશે નહીં.	
૫	હું આ અભ્યાસના નિર્દેશન /પ્રસિધ્ધીમાં ભાગ લેવાની મારી સંમતિ છે.	

દર્દી અથવા કાયદાકીય સ્વીકૃત પ્રતિનિધિની સહી અથવા અંગુઠાનું નિશાન :

સહી કરનારનું નામ : તા.

સંશોધનકર્તાની સહી : તા.

અભ્યાસ સંશોધનકર્તાનું નામ:

સાક્ષીની સહી જરૂર હોય ત્યારે : તા.

સાક્ષીનું નામ : તા.

સૂચિત સંમતિપત્ર

સંશોધનનું શીર્ષક :

ભાગ લેનાર વ્યક્તિનું નામ :

ઉંમર :

ખાનામાં સહી કરવી

૧. હું પુષ્ટિ કરું છું કે મેં તા. ના રોજ ઉપરોક્ત સંશોધન માટેની માહિતી પત્રિકા વાંચી અને સમજી છે, અને મને પ્રશ્નો પુછવાની તક મળેલી છે. ()
૨. હું સમજું છું કે આ સંશોધનમાં મારે ભાગ લેવો એ સંપૂર્ણ સ્વૈચ્છિક છે અને હું કોઈપણ સમયે, કોઈપણ કારણ આપ્યા વગર આ સંશોધનમાંથી મારી સંમતિ પાછી ખેંચી શકું છું પરંતુ તેનાથી મારી તબીબી સાર સંભાળ કે મારા કાનુની હકોને કંઈ અસર થશે નહીં. ()
૩. હું સમજું છું કે ત્રીજા પક્ષને પ્રસિધ્ધ કરેલી માહિતીમાં મારી અંગત ઓળખને જાહેર કરવામાં આવશે નહીં. ()
૪. હું સંમત છું કે આ સંશોધનમાંથી ઉદભવેલી માહિતી કે પરિણામોના ઉપયોગને સીમીત નહીં કરું જો તેનો ઉપયોગ ફક્ત શૈક્ષણિક હેતુ માટે હોય તો. ()
૫. હું સંશોધનમાં ભાગ લેવા સંમતિ આપું છું. ()

ભાગ લેનાર વ્યક્તિની/ કાયદાકીય રીતે સ્વીકૃત પ્રતિનિધિની સહી અથવા અંગુઠાનું નિશાન :

તા.

સંશોધકની સહી :

તા.

સંશોધકનું નામ :

તા.

સાક્ષીની સહી :

તા.

સાક્ષીનું નામ :

તા.

બિડાણ - VIII

સહભાગી માહિતીપત્રક

સંસ્થાકીય આચાર સમિતિ

એચ.એમ.પટેલ સેન્ટર ફોર મેડિકલ કેર એન્ડ એજ્યુકેશન, કરમસદ

(બે નકલમાં તૈયાર કરવી, અને સહભાગી તથા સંશોધનકર્તા એમ બંનેએ સહી કરવી)

(એક નકલ સહભાગીને આપવી અને બીજી નકલ સંશોધનકર્તાએ રાખવી)

આ માહિતી પત્ર માટે છે.

સંશોધન પત્રનું શીર્ષક:

મુખ્ય સંશોધનકર્તાનું નામ :

મુખ્ય સંશોધનકર્તાનો સંપર્ક નંબર :

નામ અને સંસ્થાનું નામ :

૧. હું તમને આ સંશોધન વિશે માહિતી અને તેમાં સામેલ થવા માટે આમંત્રિત કરી રહ્યો છું. તમે આ નિર્ણય કરો તે પહેલાં, તમને અનુકૂળતા લાગતી હોય તેની સાથે આ સંશોધન વિશે વાત કરી શકો છો. આમાં કેટલાક એવા શબ્દો છે તે કદાચ તમે સમજી ન શકો. જ્યારે હું માહિતી આપી રહ્યો હોઉં ત્યારે તમને જો સમજણ ન પડે તો તમને મને અધવચ્ચે અટકાવીને તે અંગે પુછી શકો છો, અને હું સમય લઈને તમને સમજણ આપીશ. પાછળથી પણ જો તમને કંઈ પ્રશ્ન હોય તો પણ તમે પુછી શકો છો.

સંશોધનનો હેતુ :

(સંશોધનની વિગતવાર હેતુ અને સંભવીત લાભો)

સહભાગીની પસંદગી :

(પ્રસ્તાવિત સંશોધનમાં સહભાગીની પસંદગીની પ્રક્રિયા વિશે જણાવો)

સ્વૈચ્છિક સહભાગીતા :

૨. આ સંશોધનમાં તમારી સહભાગીતા સંપૂર્ણ સ્વૈચ્છિક છે. તેમાં ભાગ લેવા કે નહીં તે સંપૂર્ણ તમારી પસંદગીને આધીન છે. તમે આમાં ભાગ લો કે ન લો તેની કોઈ અસર હાલની તમે લઈ રહેલા તબીબી સેવાઓ ઉપર કંઈ થશે નહીં. તમે સહમત થયા હોય તો પણ પાછળથી ગમે ત્યારે આ અભ્યાસમાંથી બહાર થઈ શકો છો.

પ્રક્રિયા અને શિષ્ટાચાર :

(પ્રસ્તાવિત સંશોધનમાં સમાવિષ્ટ પ્રક્રિયાની વિગતો આપો)

જોખમો :-

ભિડાણ - VIII

સહભાગી માહિતીપત્રક

સંસ્થાકીય આચાર સમિતિ

એચ.એમ.પટેલ સેન્ટર ફોર મેડિકલ કેર એન્ડ એજ્યુકેશન, કરમસદ

(સમાવિષ્ટ જોખમોની વિગતો આપો. જો કોઈપણ જોખમ ન હોય તો પણ જણાવો)

લાભો :

(અભ્યાસમાં ભાગ લેનારને આ અભ્યાસથી કોઈ લાભ થશે કે નહીં થાય તે જણાવો)

ગોપનીયતા :

(આ સંશોધનમાં ભાગ લેનારની ઓળખ અમે ગુપ્ત રાખીશું)

માહિતીની આપ લે :

આ સંશોધનના તારણોનો ઉપયોગ શૈક્ષણિક હેતુઓ માટે થશે. રસ ધરાવતા અન્ય લોકો આ અભ્યાસમાંથી શીખી શકે તે માટે તેની પસિધ્ધ કરવામાં આવશે. ગ્રહિત વ્યક્તિઓને આપાનારી માહિતી કે પ્રસિધ્ધીમાં તમારી ઓળખ છતી થશે નહીં.

અભ્યાસમાં ભાગ લેવાનો ઈન્કાર કરવો કે સહભાગીતા પાછી ખેંચવી:

આ અભ્યાસમાંથી તમે ઈચ્છો ત્યારે તમારી સહભાગીતા કોઈપણ કારણ આપ્યા સિવાય પાછી ખેંચી શકો છો અને તેનાથી તમે જે તબીબી સારવાર હાલ મેળવી રહ્યા છો તેને કે તમારા કાયદાકીય હકકોને કંઈ અસર થશે નહીં.

સહભાગીનું નામ - સરનામું અને સહી

.....

સંશોધનકર્તાનું નામ અને સહી

.....

સહાચાર સમિતિનું સરનામું, સંપર્ક નંબર સાથે

.....