

निरीक्षण अभ्यासासाठी लघु संमती पत्र

अभ्यासात सहभाग घेण्यासाठी कायदेशीर स्वीकृतीयोग्य प्रतिनिधिची संमती

अभ्यास शीर्षकः भारतीय ICU मध्ये कृत्रिम वायुमार्ग व्यवस्थापनादरम्यान होणाऱ्या प्रतिकूल घटना: एक संभाव्य बहुकेंद्रीय अध्ययन (**DETRIMENT**)

मी समजतो/समजते की “डॉ अतुल कुलकर्णी, प्राध्यापक आणि प्रमुख, डिवीजन ऑफ क्रिटिकल केयर, एनेस्थिसियोलॉजी विभाग, क्रिटिकल केयर एंड पेन विभाग, टाटा मेमोरिअल अस्पताल परेल मुंबई फोन न 9869077526” द्वारे आयोजित “भारतीय ICU मध्ये कृत्रिम वायुमार्ग व्यवस्थापनादरम्यान होणाऱ्या प्रतिकूल घटना: एक संभाव्य बहुकेंद्रीय अध्ययन (DETRIMENT)” यामध्ये माझ्या नातेवाईकाच्या वैद्यकीय नोंदणीमधून मिळालेल्या माहितीपासून त्याच्या/तिच्या श्वासनलिकेमध्ये श्वासनलीचा बाहेर काढण्याशी संबंधित असलेली माहिती गोळा करणे समाविष्ट आहे .

मी समजता/समजते की माझ्या नातेवाईकाच्या गंभीर स्थितीमध्ये त्याच्या/तिच्या श्वासनलिकेमध्ये श्वासनली घालणे आणि काढणे गरजेचे आहे . या अभ्यासात श्वासनली काढण्याची कारणे गुंतागुंत आणि जोखीम घटकांशी संबंधित माहिती एकत्रित केली जाईल . हॉस्पिटलमधून डिस्चार्ज मिळेपर्यंत कोणतीही गुंतागुंत जर काही असेल तर त्याची नोंद केली जाईल .

मी समजतो/समजते की माझ्या नातेवाईकाच्या मानक उपचाराशिवाय अन्य कोणतीही अतिरिक्त वैद्यकीय प्रक्रिया होणार नाही .

मला माहित आहे की हा अभ्यास टाटा मेमोरियल केंद्राच्या संस्थात्मक नैतिक समितीद्वारे मंजूर केला आहे आणि माझ्या नातेवाईकाला नियमित शारीरिक किंवा मनोवैज्ञानिक परिक्षण (चाचण्या) किंवा तपासणी दरम्यान आणि/किंवा नियमित दैनंदिन जीवनक्रमात होणाऱ्या जोखिमेशिवाय कोणतीही अतिरिक्त जोखिम होणार नाही . मला आणखी समजते की त्याच्या/तिच्या वैद्यकीय माहिती संबंधी गोपनीयता सुनिश्चित केली जाईल आणि प्रकाशित झालेल्या परिणामांशी कोणत्याही प्रकारे त्यांचा संबंध ठेवणार नाही . मी समजतो/समजते की मुख्य संशोधक (डॉ अतुल कुलकर्णी) मला अतिरिक्त माहिती देण्यास इच्छुक असतील जी अभ्यासासंबंधी मला जाणून घ्यायची आहे .

मी समजतो/समजते की जर मी या अभ्यासात माझ्या नातेवाईकाच्या सहभागास संमती नाकारली किंवा अभ्यासाच्या कोणत्याही टप्प्यावर माझी संमती मागे घेतली तर माझ्या नातेवाईकाच्या वैद्यकीय उपचारावर परिणाम होणार नाही .

मला समजते की अभ्यासाबद्दल किंवा कार्यपध्दतीबद्दल कोणत्याही वेळी माझी शंका असल्यास किंवा या अभ्यासात सहभागी होण्यामुळे माझ्या नातेवाईकाला काही प्रतिकूल परिणाम अनुभवल्यास मी खालील नंबरवर संपर्क करू शकतो/शकते .

डॉ अतुल कुलकर्णी, प्राध्यापक आणि प्रमुख, डिवीजन ऑफ क्रिटिकल केयर
एनेस्थिसियोलॉजी विभाग, क्रिटिकल केयर एंड पेन,
टाटा मेमोरियल हॉस्पिटल, डॉ. ई.बोर्जेस मार्ग

परेल, मुंबई ४०००१२ संपर्क क्रमांक : 9869077526

ईमेल आयडी: kaivalyaak@yahoo.co.in

सहभागी म्हणून माझ्या नातेवाइकाच्या अधिकारांबद्दल मला काही प्रश्न असल्यास मी खालील नंबरवर संपर्क करू शकतो/शकते .

सदस्य सचिव अस्थागत नितीमत्ता समिती I

टाटा मेमोरियल अस्पताल परेल मुंबई

फोन .नं 0२२२४१७७२६२

मी माझ्या नातेवाइकाची माहिती अभ्यास करण्यासाठी वापरण्यास परवानगी देत आहे .

सहभागीचे नाव:	
कायदेशीर स्वीकार्य प्रतिनिधीचे नाव :	
कायदेशीर स्वीकार्य प्रतिनिधीची सही / अंगठ्याचा ठसा आणि दिनांक (लागू असल्यास) :	
तटस्थ साक्षीदाराचे नाव :	
तटस्थ साक्षीदाराची सही आणि दिनांक :	
प्रमुख संशोधक किंवा प्रमुख सहायक-संशोधक किंवा सहायक-संशोधकांचे नाव :	
प्रमुख संशोधक किंवा प्रमुख सहायक-संशोधक किंवा सहायक-संशोधकांची सही आणि दिनांक :	