

सोलूट अध्ययन में योग्य प्रतिभागियों की जानकारी के लिए उपलब्ध कराई गई जानकारी

शीर्षक: नमक आधारित या संतुलित सॉल्यूशन। भारतीय गहन देखभाल इकाइयों में मौजूदा रुझान। एक बहुस्तरीय भावी अवलोकन पर्यवेक्षणीय अध्ययन (सोलूट अध्ययन)

मैं यह समझता/समझती हूँ कि डॉ सतिन गुप्ता, क्रिटिकल केर मेडिसिन विभाग, नारायणा सुपरस्पेशलिटी अस्पताल गरुग्राम, हरयाणा, फ़ोन न ९८७३२४०७३४ के द्वारा किये जा रहे इस अध्ययन जिसका शीर्षक : "नमक आधारित या संतुलित सॉल्यूशन। भारतीय गहन देखभाल इकाइयों में मौजूदा रुझान। एक बहुस्तरीय भावी अवलोकन पर्यवेक्षणीय अध्ययन (सोलूट अध्ययन)", मेरे रिश्तेदारों के मेडिकल डेटा का विश्लेषण शामिल है जिसे आईसीयू प्रवेश के पहले तीन दिनों के दौरान एकत्र किया गया है।

मैं यह समझता/समझती हूँ कि सहमति प्राप्त करने की छूट संस्थागत आचार समिति से प्राप्त की गई है और यह भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद की बिओमेडिकल अनुसंधान जिसमें मनुष्य शामिल हैं दिशानिर्देशों के अनुसार अनुमत है।

मैं यह समझता/समझती हूँ कि इस अध्ययन में मुझे/ मेरे रिश्तेदार को प्राप्त होनेवाले मानक उपचारोंके अलावा कोई अतिरिक्त चिकित्सा प्रक्रियाए शामिल नहीं हैं।

मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि मेरे रिश्तेदारकी मेडिकल जानकारी के सन्दर्भ में गोपनीयता सुनिश्चित होगी और यह जानकारी एक सार्वजनिये वेबसाइट पर बाटी जाएगी और इस वेबसाइट पर भारत वर्ष के बाकी शहरो के अतिदक्षता विभाग की जानकारी भी प्राप्त होगी।

मैं यह समझता/समझती हूँ की इस विद्याभास से मेरे मरीज को कोई सीधा लाभ नहीं होगा परन्तु इस विद्याभास से प्राप्त जानकारी से भविष्य में ऐसे मरीजों के इलाज में लाभ हो सकता है।

अध्ययन अथवा प्रक्रियाओ से सम्भंदित किसी भी समय पर अगर आपको कोई प्रश्न है अथवा इस अध्ययन में भाग लेने के कारण प्रतिकूल परिणामो का अनुभव करते हैं तब आप निम्ब्र पते पर संपर्क करें

डॉ. सतिन गुप्ता,

विभागाध्यक्ष, क्रिटिकल केर मेडिसिन विभाग,

नारायणा सुपरस्पेशलिटी अस्पताल

गरुग्राम, हरयाणा १२२००२ संपर्क क्रमांक: ९८७३२४०७३४, ईमेल आयडी: dr_sachin78@yahoo.co.in

यदि आपके पास प्रतिभागी के रूप में आपके अधिकारों के बारे में कोई प्रश्न है

सदस्य सचिव, संस्थागत नितीमत्ता समिती

इस अध्ययन के लिए मे मेरी जानकारी इस्तमाल करने की अनुमती देता/देती हूँ।

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| सहभागी का नाम: | |
| कानूनी स्वीकार्य प्रतिनिधि का नाम | |
| कानूनी स्वीकार्य प्रतिनिधि के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान और दिनांक (अगर लागू है): | |
| निष्पक्ष गवाह का नाम : | |
| निष्पक्ष गवाह के हस्ताक्षर और दिनांक : | |
| प्रमुख संशोधक या प्रमुख सहायक संशोधक/ सहायक संशोधक के नाम : | |
| प्रमुख संशोधक या प्रमुख सहायक संशोधक / सहायक संशोधक के हस्ताक्षर और दिनांक: | |