

## सूचित सहमति – लघु फार्म

## Informed Consent – Short Form – OHR-8S (Hindi)

Version Date – FOR OHR USE: 11/4/2019

मुख्य अन्वेषक:

(Principal Investigator)

टेलीफोन:

(Telephone)

आपसे पूछा जा रहा है कि क्या आप एक शोध अध्ययन में भाग लेना चाहते हैं। निर्णय लेने से पहले आपको निम्न के बारे में बताया जाना चाहिए:

- शोध शीर्षक
- इसे क्या चीज़ एक शोध अध्ययन बनाती है और यह किस प्रकार से मानक चिकित्सकीय देखभाल से अलग है
- शोध का उद्देश्य
- आप इस अध्ययन में कब तक रहेंगे
- क्या प्रक्रियाएं की जाएंगी, इनमें वे भी शामिल होंगी जो प्रयोगात्मक हैं
- संभावित जोखिम (जिसमें प्रजनन जोखिम भी शामिल हैं) और संभावित लाभ
- भाग न लेने पर विकल्प
- कौनसी स्वास्थ्य जानकारी/ नमूने एकत्र किए जाएंगे और उन्हें किस प्रकार काम में लिया जाएगा और साझा किया जाएगा
- आपकी गोपनीयता किस प्रकार रखी जाएगी
- शोध के कारण लगी किसी संभावित चोट (यदि न्यूनतम जोखिम से अधिक हो तो) के लिए उपलब्ध होने वाली क्षतिपूर्ति और उपचार
- संपर्क जानकारी
- आपकी स्वैच्छिक भागीदारी – आप यदि न चाहें तो भाग न लें या आप बिना किसी जुर्माने के बीच में बंद कर सकते हैं

यदि यह आप पर लागू होते हैं तब आपको निम्न के बारे में बताया जाना चाहिए:

- पराधीन अज्ञेय जोखिम (जिसमें प्रजनन जोखिम शामिल हैं)
- बिना आपकी सहमति के अध्ययन के जल्दी समाप्त होने की संभावना और प्रक्रियाएँ यदि अध्ययन जल्दी समाप्त होता है तो
- कीमत और भुगतान (यदि कोई भुगतान करना है तो)
- किसी भी जांच या अध्ययन के परिणामों और कोई भी नई जानकारी जो आपके भाग लेने की निरंतरता की सम्मति से जुड़ी हो के बारे में सूचित किया जाना
- इस अध्ययन में भाग लेने वालों की संख्या

इनके विषय में प्रश्नों के बारे में:	व्यक्ति या ऑफिस	संपर्क जानकारी
यह अध्ययन और इससे संबंधित चिकित्सकीय मामलों जिसमें उपचार और क्षतिपूर्ति शामिल है	मुख्य अन्वेषक: (Principal Investigator)  अन्वेषक: (Investigator)	फोन नंबर : (Phone Number)  फोन नंबर : (Phone Number)
यदि आपको शोध अधीन होने वाली व्यक्ति के तौर पर अध्ययन करने वाले कर्मचारियों के अलावा किसी और से संपर्क करने की ज़रूरत हो।	अध्ययन में न शामिल होने वाले कर्मचारी (Non-Study Personnel) (Note: These are Jefferson IRB numbers. Use numbers for other impartial parties as necessary.)	215-503-0203 215-503-8966 215-955-4239

IRB Control #:

Version Date/Number:

Page 2 of 2

भाग लेना आपकी पसंद है। आप इसमें भाग न लेना चाहें या बाद में छोड़ दें तो आप पर कोई जुर्माना नहीं होगा। यदि आप भाग लेने के लिए सहमत हैं ,तो आप इस फार्म पर हस्ताक्षर करेंगे। आपको इस फार्म और जानकारी फार्म की प्रति दी जाएगी। इस फार्म पर हस्ताक्षर करके आप इस बात कि पुष्टि करते हैं कि ऊपर दी गई जानकारी आपको समझा दी गई है, आपके सभी सवालों के जो जवाब मिले हैं आप उससे संतुष्ट हैं आप स्वैच्छिक रूप से इस शोध अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमत हैं।

भाग लेने वाले/ली का टंकित नाम  
(Printed Name of Participant)

भाग लेने वाले/ली के हस्ताक्षर  
(Signature of Participant)

दिनांक  
(Date)

गवाह का टंकित नाम  
(Printed Name of Witness)

गवाह के हस्ताक्षर  
(Signature of Witness)

दिनांक  
(Date)