



پلیٹ یا پرنٹ کا استعمال کریں:

:MRN#

تاریخ پیدائش:

پروٹوکول کا عنوان:

مریض کا نام:

صدر تحقیق کار:

جنس:

## تحقیق میں حصہ لینے کے لیے رضامندی کا مختصر فارم

آپ آیا ایک تحقیقاتی مطالعہ میں شامل ہونا چاہتے ہیں اس کے بارے میں آپ سے پوچھا جا رہا ہے۔ اس سے پہلے کہ آپ اس مطالعہ میں شامل ہونے کے لیے راضی ہوں، اس مطالعاتی ٹیم کے ایک رکن کو اس تحقیق کے بارے میں آپ کو کچھ چیزیں بتانی چاہئیں۔ آپ سے کہا جائے گا:

(اے) اس تحقیق کا مقصد

(بی) آپ کے ساتھ اس تحقیق کے دوران کیا ہو گا

(سی) تحقیق میں کتنا وقت لگے گا اور آپ کو کتنے عرصے تک حصہ لینے کے لیے کہا جائے گا۔

(ڈی) تحقیق کے کسی بھی طرح کے حصے جو کہ تجرباتی ہوں (کوئی چیز جس پر تجربہ کیا جا رہا ہو)

(ای) تحقیق کے کسی بھی طرح کے خطرات یا حصے جو غالباً آپ کو بے آرام کریں

(ایف) کسی بھی طرح کے فوائد جو آپ کو یا دوسروں کو تحقیق سے پہنچ سکتے ہیں

(جی) کوئی علاج معالجہ یا طریق عمل جو غالباً تحقیق کے بجائے (بدلے میں) آپ کو فائدہ پہنچائے

(ایچ) جس کو آپ کے اعدادوشمار کے بارے میں بتایا جائے گا ان کی پہچان

(آئی) آپ کی رازداری اور آپ کی معلومات کو پوشیدہ رکھنے میں کیسے حفاظت کی جائے گی۔

مطالعاتی عملہ کو مندرجہ ذیل معلومات کے بارے میں بھی آپ کو ضرور بتانا چاہئے اگر اس کا اطلاق اس مطالعہ پر ہوتا ہے:

(اے) آیا آپ کو کوئی معاوضہ ملے گا (پیسے یا مفت طبی علاج) (اگر آپ کو چوٹ لگ جاتی ہے جبکہ آپ اس تحقیقی مطالعہ میں ہوں

(بی) آیا غالباً خطرات موجود ہیں جن کے بارے میں ابھی ہم نہیں جانتے لیکن مستقبل میں ہو سکتے ہیں۔

(سی) آیا ایسی وجوہات ہوں کہ شاید محققین کیوں آپ کو اس مطالعہ میں رہنے سے روک سکتے ہیں

(ڈی) آپ کے لیے اس مطالعہ میں شامل رہنے سے کسی بھی طرح کے اخراجات

(ای) ایسی صورت میں کیا ہوتا ہے کہ اگر آپ اس مطالعہ میں رہتے ہوئے روکنا چاہئیں

(ایف) جب آپ کو نئے نتائج کے بارے میں بتایا جائے گا تو اس مطالعہ میں رہنے سے وہ آپ کے ذہن کو تبدیل کرنے کا سبب بن سکتے ہیں

(جی) اس مطالعہ میں کتنے لوگ ہوں گے۔

اوپر بیان کی گئی تمام معلومات آپ کو بتا دینے کے بعد مطالعاتی عملہ آپ سے پوچھے گا آیا آپ اس مطالعہ میں رہنا چاہتے ہیں۔ اگر آپ راضی ہوتے ہیں تو مطالعاتی عملہ آپ سے اس فارم پر دستخط کرنے کو کہے گا۔ آپ کو اپنی زبان میں اس فارم کی ایک دستخط شدہ کاپی ضرور دی جانی چاہئے۔ آپ کو اس مطالعہ کا انگریزی میں ایک تحریری طور پر خلاصہ بھی دیا جائے گا۔

آپ یا آپ کا ترجمان \_\_\_\_\_ کو \_\_\_\_\_ پر کسی بھی وقت فون کر سکتے ہیں اگر اس مطالعہ کے بارے میں آپ کے پاس کوئی سوالات ہیں یا اگر آپ کو چوٹ لگ جائے تو کیا کریں۔ آپ یا آپ کا ترجمان بوسٹن بچوں کی ہسپتال کی کمیٹی (بوسٹن چلڈرن ہسپتال کمیٹی) کلینیکل انویسٹیگیشن کو 617-355-7052 پر فون کر سکتے ہیں اگر اپنے حقوق کے بارے میں آپ کے پاس سوالات تحقیقی موضوع کی حیثیت سے ہوں۔

آپ فیصلہ کرنے میں آزاد ہیں کہ آیا آپ اس مطالعاتی تحقیق میں رہنا چاہتے ہیں یا نہیں۔ یہ آپ پر منحصر ہے۔ آپ اس مطالعہ میں نہیں رہنا چاہتے یہ فیصلہ آپ کر سکتے ہیں۔ آپ اس مطالعہ کو روکنے اور اس میں رہنے کا فیصلہ کسی بھی وقت کر سکتے ہیں۔ اگر آپ اس مطالعہ میں نہ رہنے کا فیصلہ کرتے ہیں یا آپ اس کو روکنے کا فیصلہ کرتے ہیں تو آپ کسی بھی فوائد سے محروم نہیں رہیں گے جس کے آپ مستحق ہیں۔ کوئی بات نہیں آپ کا چاہے جو بھی فیصلہ ہو عملے کی جانب سے جو برتاؤ آپ کے ساتھ ہو رہا ہے وہ تبدیل نہیں ہو گا لیکن اگر آپ تحقیقاتی مطالعہ میں رہنے کا فیصلہ کرتے ہیں تو یہ آپ کے علاج کی منصوبہ بندی کو بدل سکتا ہے۔



اس دستاویز کو دستخط کرنے کا مطلب یہ ہے کہ آپ کو تحقیقاتی مطالعہ کے بارے میں سمجھایا گیا تھا۔ اس کا مطلب ہے کہ مندرجہ بالا تمام معلومات کے بارے میں آپ کو بتا دیا گیا تھا۔ اگر آپ اس فارم پر دستخط کرتے ہیں تو اس کا مطلب ہے کہ آپ مطالعہ میں شامل رہنے پر رضامند ہیں۔

### مریض کی منظوری

تاریخ (ماہ/دن/سال) \_\_\_\_\_  
بچے / نوعمر مریض کا دستخط (اگر اطلاق ہو) \_\_\_\_\_

### مریض کی منظوری اور/یا والدین/قانونی سرپرست کی اجازت

تاریخ (ماہ/دن/سال) \_\_\_\_\_  
بالغ مریض یا قانونی سرپرست کے دستخط \_\_\_\_\_  
بچے سے رشتہ \_\_\_\_\_

تاریخ (ماہ/دن/سال) \_\_\_\_\_  
منظوری حاصل کرنے والے فرد کے دستخط \_\_\_\_\_  
نام جلی حروف میں \_\_\_\_\_

تاریخ (ماہ/دن/سال) \_\_\_\_\_  
گواہ\* اور مترجم کے دستخط \_\_\_\_\_  
نام جلی حروف میں \_\_\_\_\_

\*گواہ یہ یقین دہانی کرتا ہے کہ تحقیقاتی مسودہ کو بیان کیا گیا تھا اور متعلقہ شخص کو مشورہ دیا گیا تھا کہ وہ سوالات پوچھ سکتے ہیں۔