लोयोला यूनिवर्सिटी मेडिकल सेंटर
मेवुड, इलिनॉइस
शोध में भाग लेने हेतु स्वीकृति

ऐसे व्यक्तियों के लिए लघु रूप लिखित स्वीकृति दस्तावेज़ जो अंग्रेज़ी नहीं बोल सकते हैं

भागीदार का नाम: ________________________________

चिकित्सा रिकॉर्ड संख्या: ________________________________

प्रोटोकॉल IRB#: __________________________________

आपसे एक शोध अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है।

आपके द्वारा सहमत होने से पहले, आपके चिकित्सक द्वारा आपको निम्न बिंदुओं की जानकारी प्रदान की जाएगी, अर्थात् शोध के उद्देश्य, कार्यविधियाँ और समयसीमा; कोई भी कार्यविधि, जो प्रयोगात्मक हो; शोध के कोई भी संभावित जोखिम, असुविधाएँ और लाभ; अन्य प्रकार की कार्यविधियों या उपचारों से कोई भी संभावित लाभ; और जानकारी गोपनीय रखे जाने का तरीका।

जहाँ लागू हो, वहाँ अन्वेषक द्वारा आपको चोट लगने पर उपलब्ध क्षतिपूर्ति या चिकित्सकीय उपचार के बारे में भी जानकारी प्रदान की जाएगी; जोखिम की संभावना; ऐसी स्थितियाँ, जब अन्वेषक आपकी सहभागिता रद्द कर सकता है; आपके द्वारा आदेय कोई भी अतिरिक्त शुल्क; आपके द्वारा सहभागिता समाप्त किए जाने का निर्णय लेने के परिणाम; आपसे आपके अनुसंधान के बारे में कब कहा जाएगा, जिससे भाग लेने की आपकी उत्सुकता में कमी आसकती है; और अध्ययन में कितने लोग सम्मिलित होंगे।

यदि आप भाग लेने हेतु सहमत हैं, तो आपको इस दस्तावेज़ की एक हस्ताक्षरित प्रति प्रदान की जाएगी और साथ ही शोध का एक लिखित सारांश प्रदान किया जाएगा, जो अंग्रेज़ी में लिखित है।

आप ______________ से______________ पर किसी भी समय शोध के संबंध में अपने प्रश्न कर सकते हैं।

यदि शोध के विषय के रूप में अपने अधिकारों के बारे में आपके कोई प्रश्न हैं या आप यह जानना चाहते हैं कि चोटग्रस्त होने पर आपको क्या करना है, तो आप ______________ से ______________ पर संपर्क कर सकते हैं।

इस शोध में आपकी भागीदारी स्वैच्छिक है और आपके द्‌वारा भाग लेना अस्वीकार करने या रुकने का निर्णय लेने पर   आप पर   कोई दंड आरोपित नहीं किया जाएगा या लाभ से वंचित नहीं किया जाएगा।

इस दस्तावेज़ पर   हस्ताक्षर करने का अर्थ है कि आपको मौखिक रूप से शोध अध्ययन और उपरोक्त जानकारी का विवरण दिया गया है और आप स्वैच्छिक रूप से भाग लेने के लिए सहमत   हैं।

______________________	__________________
भागीदार के हस्ताक्षर	दिनांक
______________________	__________________
गवाह के हस्ताक्षर	दिनांक