**अनुसंधान में भाग लेने के लिए सहमति**

चूंकि आप अंग्रेजी से बेहतर हिंदी समझते हैं, इसलिए हिंदी में यह फॉर्म इस शोध में हिस्सा लेने वाले के रूप में आपके मूलभूत अधिकारों का वर्णन करता है, और एक दुभाषिया प्रोजेक्टकी व्याख्या करने में डॉक्टर की मदद करेगा।

आपको एक शोध प्रोजेक्ट में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है। आपके सहमत होने से पहले, जाँचकर्ता अनुसंधान प्रोजेक्ट का सारांश प्रस्तुत करेगा। इस सारांश में आपको उन कारणों को समझने में मदद करने के लिये महत्वपूर्ण जानकारी शामिल होगी, जिनकी वजह से हो सकता है कि आप इस अध्ययन में शामिल होना चाहें या नहीं भी चाहें।

जाँचकर्ता के लिए आपको यह बताना आवश्यक है (i) शोध के उद्देश्य, प्रक्रियाएं और अवधि; (ii) ऐसी कोई भी प्रक्रिया जो प्रायोगिक है; (iii) अनुसंधान के किसी भी उचित रूप से पूर्वानुमान योग्य जोखिम, असुविधाएँ और लाभ; (iv) कोई संभावित लाभकारी वैकल्पिक प्रक्रिया या उपचार; और (v) गोपनीयता कैसे बनाए रखी जाएगी।

जहां लागू हो, जाँचकर्ता को आपको यह जानकारी भी देनी होगी (i) चोट लगने पर उपलब्ध किसी भी मुआवजे या चिकित्सा उपचार के बारे में; (ii) अप्रत्याशित जोखिमों की संभावना; (iii) ऐसी परिस्थितियाँ जब जाँचकर्ता आपकी भागीदारी को रोक सकता है; (iv) आपके लिए कोई अतिरिक्त लागत; (v) यदि आप प्रोजेक्ट में भाग लेना बंद करने का निर्णय लेते हैं तो क्या होगा; (vi) भाग लेने की आपकी इच्छा को प्रभावित कर सकते हैं ऐसे नये निष्कर्षों के बारे में आपको कब बताया जाएगा; और (vii) अध्ययन में कितने लोग होंगे।

यदि आप भाग लेने के लिए सहमत हैं, तो आपको इस दस्तावेज़ की एक हस्ताक्षरित प्रति और अंग्रेजी में शोध का एक लिखित सारांश दिया जाएगा, जिसका शीर्षक "अनुसंधान में भाग लेने की सहमति" (Consent to participate in research) है।

किसी भी समय, शोध के बारे में कोई भी प्रश्न होने पर आप \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ से इस फ़ोन नंबर \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_पर संपर्क कर सकते हैं।

यदि आपको एक शोध विषय के रूप में अपने अधिकारों के बारे में या यदि आपको चोट लगे तो क्या करना चाहिए इस बारे में कोई प्रश्न हैं, तो आप मेडिकल कॉलेज रिसर्च सब्जेक्ट एडवोकेट से इस फोन नंबर 414-955-8844 पर भी संपर्क कर सकते हैं ।

इस शोध में आपकी भागीदारी स्वैच्छिक है। यदि आप भाग लेने से इनकार करते हैं या अपनी सहभागिता को रोकने का निर्णय लेते हैं तो आपको दंडित नहीं किया जाएगा और ना ही आपका कोई नुकसान होगा।

इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करने का अर्थ है कि उपरोक्त जानकारी सहित, इस शोध अध्ययन का आपके सामने मौखिक रूप से वर्णन किया गया है, और आप स्वेच्छा से इस अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमत हैं।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **हिस्सा लेने वाले का नाम** *कृपया प्रिंट करें* | **हिस्सा लेने वाले के हस्ताक्षर**  | **तारीख** |

|  |
| --- |
| **नाबालिग व्यक्ति के पेरेंट/गार्जियन की सहमति**  |
|  |  |  |
| **पेरेंट/गार्जियन का नाम** *कृपया प्रिंट करें*  | **पेरेंट/गार्जियन के हस्ताक्षर** | **तारीख या** **तारीख**/**समय** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **दूसरे पेरेंट/गार्जियन का नाम** *कृपया प्रिंट करें* | **दूसरे पेरेंट/गार्जियन के हस्ताक्षर** | **तारीख या** **तारीख**/**समय** |
| **अगर दूसरे पेरेंट/गार्जियन के हस्ताक्षर नहीं प्राप्त न हो पाएँ, तो कृपया कारण बताएँ:**[ ]  दूसरे पेरेंट/गार्जियन की मृत्यु हो गई है[ ]  दूसरा पेरेंट/गार्जियन उचित रूप से उपलब्ध नहीं है[ ]  दूसरा पेरेंट/गार्जियन अक्षम है[ ]  नाबालिग की देखभाल और संरक्षण के लिए केवल एक पेरेंट/गार्जियन की कानूनी ज़िम्मेदारी होती है[ ]  अन्य \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **कानूनी रूप से अधिकृत प्रतिनिधि का नाम**, **अगर लागू हो** *कृपया प्रिंट करें*  | **कानूनी रूप से अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर** | **तारीख** |
|  |  |
| ***व्यक्ति का नाम*** *कृपया प्रिंट करें* | ***व्यक्ति से संबंध*** *(उदाहरण के लिए न्यायालय द्वारा नियुक्त अभिभावक, स्वास्थ्य देखभाल पावर ऑफ़ अटॉर्नी, निकटतम रिश्तेदार वगैरह।)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **साक्षी का नाम**[ ]  मैंने सहमति से प्रक्रिया में भाग लिया।[ ]  मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि इस हिस्सा लेने वाले को प्रोजेक्ट के संबंध में मौखिक और लिखित जानकारी प्रदान की गई थी।”[ ]  मैं इस प्रोजेक्ट से स्वाधीन हूँ | **साक्षी के हस्ताक्षर** | **तारीख** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **दुभाषिए का नाम**  | **दुभाषिए के हस्ताक्षर**  | **तारीख** |