

**மூன்றாம் நிலைப் பராமரிப்பு மையம் ஒன்றில் ஒருங்கிணைந்த தரவுத் தளத்தைப் பயன்படுத்தி கோவிட் தொற்று சந்தேகிக்கப்படுகின்ற அல்லது உறுதியாகியுள்ள நபர்கள் பற்றிய உற்றுநோக்கல் பயிலுகைகள்.**

**குழந்தை நோயாளிகளுக்கான தகவலறிந்த ஒப்புதல்**

வேலூர் கிறித்துவ மருத்துவக் கல்லூரியில் கோவிட்-19 தொடர்பாக நடத்தப்படும் ஆய்வுப் பயிலுகைகளில் பங்கேற்பதற்கான தகவலறிந்த ஒப்புதல் இது.

ஆய்வு எண்: \_\_\_\_\_

பங்கேற்பவரின் தலைப்பெழுத்துகள்: \_\_\_\_\_ ஆய்வுக்குட்படுபவரின் பெயர்: \_\_\_\_\_

பிறந்த தேதி / வயது: \_\_\_\_\_

(தலைப்ப)

- (i) மேற்கண்ட ஆய்வுக்காக \_\_\_\_\_நாளிட்ட தகவல் தாளை நான் படித்துப் புரிந்துகொண்டேன் என்பதையும் எனக்குக் கேள்விகள் கேட்க வாய்ப்பு அளிக்கப்பட்டது என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகிறேன். [ ]
- (ii) இந்த ஆய்வில் என் குழந்தையினுடைய பங்கேற்பு என் சொந்த விருப்பத்தினாலானது என்பதையும், எனது மருத்துவப் பராமரிப்போ, சட்ட உரிமைகளோ பாதிக்கப்படாமலும், எந்தக் காரணத்தையும் கூறாமலும், நான் ஆய்விலிருந்து எந்தச் சமயத்திலும் விலகலாம் என்பதையும் புரிந்துகொண்டுள்ளேன். [ ]
- (iii) நான் இந்தச் சோதனையிலிருந்து விலகி விட்டாலும், கிறித்துவ மருத்துவக் கல்லூரியின் விதிமுறைக் குழு, ஆய்வுக்கு நிதியளிக்கும் அமைப்பு, ஒழுங்குபடுத்தும் அதிகாரிகள் ஆகியோருக்கு இந்த ஆய்வு தொடர்பாகவோ, அல்லது இது தொடர்பாகச் செய்யப்படும் வேறு ஆய்வு தொடர்பாகவோ எனது ஆவணங்களைக் காண அனுமதி தேவையில்லை என்பது எனக்குத் தெரியும். இவ்வாறு அளிப்பதற்கு நான் ஒப்புக் கொள்கிறேன். ஆனால் மூன்றாம் நபர்களுக்கோ பிரசுரங்களுக்கோ அளிக்கப்படும் எந்தத் தகவலிலும் எனது அடையாளம் வெளிப்படுத்தப்படாது என்பதையும் அறிகிறேன். [ ]
- (iv) இனிமேல் நிகழ்த்தப்பட இருக்கும் ஆய்வுகளுக்காக என் குழந்தையிடமிருந்து சேமிக்கப்பட்ட இரத்தம்/திசு/பிற உயிரியல் மாதிரிகளைப் பயன்படுத்தலாம் என்று நான் உடன்படுகிறேன். இது எனது குழந்தையின் சிகிச்சைக்கு உதவியாக இருக்காது என்று அறிந்தாலும், இது எதிர்கால நோயாளிகளுக்குப் பயன்படலாம் என்பதையும் புரிந்துகொள்கிறேன். [ ]
- (v) இந்த ஆய்விலிருந்து பெறப்படுகின்ற எந்தத் தரவுகளையும் அல்லது முடிவுகளையும், அவை அறியில் நோக்கங்களுக்காவே பயன்படுத்தப்படும் என்றால் அதை நான் தடுக்க மாட்டேன் என்று உடன்படுகிறேன். [ ]
- (vi) மேற்கண்ட ஆய்வில் என் குழந்தை பங்கேற்க நான் உடன்படுகிறேன். [ ]
- (vii) இந்தத் தகவலறிந்த ஒப்புதல் ஒருவேளை ஒலிஒளிப் பதிவு செய்யப்படலாம் என்பதை நான் அறிந்துள்ளேன். [ ]

ஆய்வில் பங்கேற்பவரின் / சட்டபூர்வமாக ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடிய அவரது பிரதிநிதியின் கையொப்பம் (அல்லது கட்டைவிரல் ரேகைப்பதிவு):

தேதி: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

கையொப்பமிட்டவரின் பெயர்: \_\_\_\_\_ கையொப்பம்:

அல்லது

புலனாய்வாளரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_

தேதி: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ஆய்வு புலனாய்வாளரின் பெயர்: \_\_\_\_\_

சாட்சியின் கையெழுத்து அல்லது கை எண்ணம்: \_\_\_\_\_

தேதி: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

சாட்சியின் பெயர் மற்றும் முகவரி: \_\_\_\_\_

---