ఒక తృతీయ సంరక్షణ కేంద్రంలో ఏకీకృత డేటాబేస్‌ను ఉపయోగించి కోవిడ్ అనుమానితుడు/ధృవీకరించబడ్డ కేసుల్లో పరిశీలనాత్మక అధ్యయనాలు

శిశు రోగుల కొరకు సమ్మతి తెలియజేయు పత్రం

వేలూరులోని క్రిస్టియన్ వైద్య కళాశాలలో జరుగుతున్న కోవిడ్ 19 వ్యాధికి సంబంధించిన పరిశోధన అధ్యయనాలలో పాల్గొనడానికి ఇది సమాచార సమ్మతి పత్రం

అధ్యయన సంఖ్య: _____ రోగి ఇంటి పేరు: _____

పుట్టిన తేదీ / వయస్సు: _____ రోగి పేరు: _____

(రోగి)

(i) పైన తెలుపబడిన అధ్యయనం కొరకు ____ తారీఖు గల సమాచార పత్రాన్ని నేను చదివి అర్థం చేసుకున్నాను మరియు ప్రశ్నలు అడగడానికి అవకాశం కలిగి ఉన్నాను అని నేను ధ్రువీకరిస్తున్నాను. [ ]

(ii) ఈ అధ్యయనంలో నా బిడ్డ స్వచ్ఛందంగా పాల్గొనడం జరిగింది అలాగే నేను ఏ కారణం తెలుపకుండా, నా వైద్య సంరక్షణ లేదా చట్టపరమైన హక్కులు ప్రభావితం కాకుండా, ఎప్పుడైనా ఈ అధ్యయనం నుంచి ఉపసంహరించుకునే స్వేచ్ఛ నాకు ఉందనీ నేను అర్థం చేసుకున్నాను. [ ]

(iii) నేను అధ్యయనం నుండి ఉపసంహరించుకున్న తరువాత కూడా, పరిశోధనా నిధుల సంస్థ, నైతిక విలువల కమిటీ మరియు నియంత్రణాధికారులకు ప్రస్తుత అధ్యయనానికి సంబంధించి లేదా దీనికి సంబంధించిన తర్వాతి అధ్యయనం గురించి నా ఆరోగ్య వివరాలను చూడడానికి, నా అనుమతి అవసరం లేదని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఈ సౌలభ్యానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. ఏదేమైనప్పటికీ, ప్రచురించబడిన లేదా విడుదల చేసిన ఏదైనా సమాచారంలో నా గుర్తింపు మూడవ వ్యక్తికి తెలియచేయబడదని గోప్యంగా ఉంచబడుతుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. [ ]

(iv) నా బిడ్డ యొక్క నిల్వ చేసిన రక్తం/కణాలు మరియు ఇతర జీవ నమూనాలను తదుపరి అధ్యయనాల కోసం ఉపయోగించటానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. ఇది నా బిడ్డకు అందించే చికిత్సకు సహాయపడకపోవచ్చు కాని భవిష్యత్తులో రోగులకు సహాయకరంగా ఉంటుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. [ ]

(v) ఈ అధ్యయనం నుండి ఉత్పన్నమయ్యే ఏదైనా సమాచారం లేదా ఫలితాల వినియోగాన్ని పరిమితం చేయకూడదని అలాగే ఎలాంటి ఉపయోగం అయినా శాస్త్రీయ ప్రయోజనం(ల) కోసం మాత్రమే అని నేను అంగీకరిస్తున్నాను. [ ]

(vi) పై అధ్యయనంలో నా బిడ్డ పాల్గొనడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. [ ]

(vii) తెలియచేసిన సమ్మతి యొక్క ఆడియో–దృశ్య రికార్డింగ్ ఉండవచ్చునని నాకు తెలుసు. [ ]

తల్లిదండ్రులు / చట్టబద్ధంగా ఆమోదయోగ్యమైన ప్రతినిధి యొక్క సంతకం (లేదా బొటనవేలు ముద్ర)

తేదీ: ____/____/_____

సంతకం చేసినవారి పేరు: _____ సంతకం:

లేదా

పరిశోధకుని సంతకం: _____

తేదీ: ____/____/_____

ఆధ్యయన పరిశోధకుని పేరు: _____

సాక్షి యొక్క సంతకం (లేదా) బొటనవేలు ముద్ర: _____

తేదీ: ____/____/_____

సాక్షి పేరు మరియు చిరునామా: _____