

अस्पताल का नाम
अस्पताल की राष्ट्रीय ID

**राष्ट्रीय स्वास्थ्य
अनुसंधान संस्थान
(National Institute for Health Research)**

**GENVASC अध्ययन
आनुवंशिकी और संवहनी स्वास्थ्य जाँच
कार्यक्रम**

**प्रतिभागियों के लिए सहमति पत्रक 4.2
(12 सितंबर 2013)**

मरीज का नाम, पता, जन्म दिनांक (या आईडी लेबल)

अध्ययन संख्या

यह बताने के लिए कि आप सहमत हैं, कृपया कथन पर **आद्याक्षर** करें

1.	मैंने संक्षिप्तकृत प्रतिभागी जानकारी पत्रक संस्करण 3.0 दिनांक 12 सितंबर 2013 पढ़ और समझ लिया है तथा प्रतिभागी जानकारी पुस्तिका संस्करण 4.0 दिनांक 12 सितंबर 2013 दी गई है।	
2.	मैं रक्त के नमूने दान करने के लिए सहमत हूँ और कार्डियोवास्कुलर अनुसंधान (DNA अनुसंधान सहित) के लिए उनके उपयोग की अनुमति देता/देती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरा दान स्वैच्छिक है और यह कि मुझे नमूनों के बारे में कोई व्यक्तिगत प्रतिक्रिया नहीं मिलेगी।	
3.	मैं अपने रक्त के नमूनों को भविष्य के कार्डियोवास्कुलर अनुसंधान के लिए संग्रहीत किए जाने से सहमत हूँ।	
4.	मैं अपने चिकित्सा रिकॉर्ड से जानकारी संग्रहीत कि जाने और अनुसंधान के लिए उपयोग किए जाने से सहमत हूँ। मैं सलझता/समझती हूँ कि मेरी पहचान की रक्षा की जाएगी और मेरी चिकित्सीय देखभाल गोपनीय बनी रहेगी।	
5.	मैं समझता/समझती हूँ कि अनुसंधान प्रायोजक और ब्रिटेन के अधिकारी अनुसंधान के आयोजन की लेखा परीक्षा करने के लिए मेरे रिकॉर्ड का उपयोग कर सकते हैं।	
6.	मैं सहमत हूँ कि मेरे चिकित्सीय स्थिति का भावी विवरण मेरी NHS संख्या का उपयोग करके डेटाबेस खोजों से प्राप्त किया जा सकता है।	
कृपया नीचे जिस कथन से आप सहमत हों उस पर आद्याक्षर करें और जिससे सहमत न हों उसे X चिह्नित करें।		
7.	वैकल्पिक मैं अनुसंधान दल को भविष्य में मुझ से संपर्क करने में सक्षम होने की सहमति देता/देती हूँ, यदि कोई उपयुक्त अनुसंधान परियोजनाएं हों तो मैं उनमें भाग लेना चाह सकता हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं अनुरोध के समय पर सहमत होने के लिए किसी दायित्व के अधीन नहीं हूँ। मेरा ईमेल पता है:	

नीचे दिए गए फील्ड (हस्ताक्षर को छोड़कर) हाथ से कैपिटल अक्षरों में भरे जाने हैं

रोगी का नाम: _____ (मुद्रित नाम) सहमति लेने वाला व्यक्ति: _____ (मुद्रित नाम)
पद: _____ (जैसे GP, प्रैक्टिस नर्स)
हस्ताक्षर: _____ हस्ताक्षर: _____
दिनांक: _____ (dd/mm/yyyy) दिनांक: _____ (dd/mm/yyyy)

शीट1: स्थल फाइल, शीट2: नमूना, शीट3: GP चिकित्सा नोट, शीट4: रोगी

संसाधन के बारे में पूछताछ यहां की जा सकती है:

Leicester Cardiovascular Biomedical Research Unit.
Department of Cardiovascular Sciences, Clinical Science Wing.
Glenfield Hospital, Groby Road. Leicester. LE3 9QP. UK
टेलीफोन नंबर: 0116 2583385 // ईमेल: genvasc@le.ac.uk

PISICF संस्करण 4.2, 12 सितंबर 2013