NIHR | Leicester Biomedical Research Centre

نیشنل انسٹی ٹیوٹ فار ہیلتھ ریسرچ
(National Institute for Health Research)

پریکٹس کا نام
پریکٹس کی قومی آئی ڈی

مریض کا نام، پتہ، تاریخ پیدائش (یا آئی ڈی لیبل)
مطالعہ نمبر :

دیGENVASCاسٹڈی
جینیاتی اور رگوں کی صحت کی جانچ کا پروگرام

شریک ہونے والوں کے لئے رضامندی فارم 4.2، 12 ستمبر 2013

برائے

.1	میں نے شراکت کی اطلاعات کی مختصر کردہ شیٹ ورژن 3.0 مورخہ 12 ستمبر 2013 کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے اور مجھے شراکت کی اطلاعات کا پرچہ ورژن 4.0 مورخہ 12 ستمبر 2013 فراہم کیا گیا ہے۔	
.2	میں خون کے نمونوں کا عطیہ دینے اور کارڈیووسکولر ریسرچ (بشمول ڈی این اے ریسرچ) میں ان کے استعمال کے لئے تیار ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میرا عطیہ رضاکارانہ ہے اور یہ کہ مجھے ان نمونوں کے تعلق سے کوئی انفرادی فیڈ بیک موصول نہیں ہوگا۔	
.3	میں اپنے خون کے نمونوں کو مستقبل میں ہونے والے کارڈیووسکولر ریسرچ کے لئے اسٹور کئے جانے پر رضامند ہوں۔	
.4	میں اپنے طبی ریکارڈس کی اطلاعات کو اسٹور کئے جانے اور ریسرچ کے لئے ان کا استعمال کئے جانے کے لئے تیار ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میری شناخت کے تعلق سے رازداری برتی جائے گی اور میرا میڈیکل کیئر بصیغۂ راز ہوگا۔	
.5	میں سمجھتا ہوں کہ ریسرچ اسپانسر اور یوکے حکام ریسرچ کے طور طریقوں کے آڈٹ کے لئے میرے ریکارڈ تک رسائی حاصل کر سکتے ہیں۔	
.6	میں اس بات کے لئے رضامندی کا اظہار کرتا ہوں کہ میرے طبی حالات کی تفصیلات میرے این ایچ ایس نمبر کا استعمال کرکے ڈیٹا بیس سرچیز کی مدد سے حاصل کی جا سکتی ہیں۔	

برائے کرم بیانات پر یہ ظاہر کرنے کے لئے نشان لگائیں کہ آپ راضی ہیں یا اپنی رضامندی ظاہر نہ کرنے کے لئےX کا نشان لگائیں۔

.7	**اختیاری** میں اس بات کے لئے رضامندی ظاہر کرتا ہوں کہ اگر مستقبل میں کوئی ایسے موزوں ریسرچ پروجیکٹس ہوں جن میں مَیں شریک ہونا چاہوں، تو ریسرچ ٹیم مجھ سے رابطہ قائم کرے۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں درخواست کے وقت اس پر رضامند ہونے کے لئے کسی قسم کے دباؤ میں نہیں ہوں۔ میرا ای میل پتہ ہے:	

مندرجہ ذیل خانوں کو (سوائے دستخط کے) تحریری طور پر بلاک کیپیٹلس میں پُر کریں

مریض کا نام :________________*(پرنٹ نام)*
دستخط :________________
تاریخ :________________*(dd/mm/yyyy)*

رضامندی حاصل کرنے والا شخص :________________*(پرنٹ نام)*
عہدہ :________________*(مثال کے طور پر، جی پی، پریکٹس نرس)*
دستخط :________________
تاریخ :________________*(dd/mm/yyyy)*

شیٹ :1سائٹ فائل، شیٹ:2نمونہ، شیٹ :3جی پی میڈیکل نوٹس، شیٹ :4مریض

پروجیکٹ سے متعلق معلومات یہاں دریافت کی جا سکتی ہیں:
Leicester Cardiovascular Biomedical Research Unit.
Department of Cardiovascular Sciences, Clinical Science Wing.
Glenfield Hospital, Groby Road. Leicester. LE3 9QP. UK
ٹیلی فون : 0116 2583385 // ای میل: genvasc@le.ac.uk

PISICF ورژن 4.2، 12 ستمبر 2013