

সম্মতিপত্র - সংক্ষিপ্ত ফর্ম

Informed Consent – Short Form – OHR-8S (Bengali)

Version Date – FOR OHR USE: 11/4/2019

প্রধান অনুসন্ধানকারী:

(Principal Investigator)

টেলিফোন:

(Telephone)

আপনাকে জিজ্ঞাসা করা হয়েছে যে আপনি একটি গবেষণা সমীক্ষায় অংশগ্রহণ করতে ইচ্ছুক কিনা। সিদ্ধান্ত নেওয়ার আগে আপনাকে যে যে বিষয় সম্বন্ধে জানাতে হবে:

- সমীক্ষার শিরোনাম
- কী কারণে এটি গবেষণা সমীক্ষা ও এটি কীভাবে প্রথাগত মেডিকেল কেয়ারের থেকে আলাদা
- গবেষণার উদ্দেশ্য
- আপনি কতদিন এই সমীক্ষার অংশ থাকবেন
- কী কী প্রক্রিয়ার মধ্যে দিয়ে যেতে হবে, পরীক্ষামূলক প্রক্রিয়া সহ
- সম্ভাব্য ঝুঁকি (প্রজননের ঝুঁকি সহ) ও সম্ভাব্য লাভ
- অংশগ্রহণ না করার ক্ষেত্রে বিকল্পগুলি
- স্বাস্থ্য সংক্রান্ত কী কী তথ্য/নমুনা সংগ্রহ করা হবে ও সেগুলি কীভাবে ব্যবহার করা বা বন্টন করা হবে
- আপনার গোপনীয়তা কীভাবে রক্ষা করা হবে
- গবেষণা-সংক্রান্ত যে কোনো সম্ভাব্য আঘাতের ক্ষেত্রে (যদি তা যৎসামান্য ক্ষতির থেকে বেশি হয়) যে ক্ষতিপূরণ ও চিকিৎসা দেওয়া হবে
- যোগাযোগের তথ্য
- আপনার ঐচ্ছিক অংশগ্রহণ –কোনোরকম জরিমানা ছাড়াই আপনি গবেষণায় অংশ না নেওয়ার বা পরবর্তীতে গবেষণা বন্ধ করে দেওয়ার সিদ্ধান্ত নিতে পারেন

এগুলি প্রযোজ্য হলে, আপনাকে যা জানাতে হবে:

- বিষয়ের পক্ষে অপ্রত্যাশিত ঝুঁকি (প্রজননের ঝুঁকি সহ)
- আপনার সম্মতি ছাড়াই সময়ের আগে সমীক্ষা শেষ হয়ে যাওয়ার সম্ভাবনা, ও সময়ের আগে সমীক্ষা শেষ হয়ে গেলে যেসব কার্যক্রম গ্রহণ করতে হবে সেগুলি
- খরচ ও পারিশ্রমিক (যদি পারিশ্রমিক থাকে)
- যে কোনো পরীক্ষা বা সমীক্ষার ফলাফল এবং নতুন কোনো তথ্য সম্পর্কে অবহিত থাকা যা আপনি অংশগ্রহণ চালিয়ে যেতে ইচ্ছুক কিনা তার সাথে সম্পর্কিত হতে পারে
- এই সমীক্ষায় অংশগ্রহণকারীর সংখ্যা

প্রশ্নের বিষয়:	ব্যক্তি বা অফিস	যোগাযোগের তথ্য
এই সমীক্ষা ও সমীক্ষা সম্পর্কিত মেডিকেল সমস্যা, চিকিৎসা ও ক্ষতিপূরণ সহ	প্রধান অনুসন্ধানকারী: (Principal Investigator) অনুসন্ধানকারী: (Investigator)	ফোন নম্বর: (Phone Number) ফোন নম্বর: (Phone Number)
কোনো উদ্বেগের দরুন যদি সমীক্ষার কর্মী ছাড়া অন্য কারোর সঙ্গে বা গবেষণার বিষয় হিসাবে আপনার অধিকারসরূপ কারো সঙ্গে আপনার যোগাযোগ করার দরকার হয়	সমীক্ষার অংশ নন এরকম কর্মীরা (Non-Study Personnel) (Note: These are Jefferson IRB numbers. Use numbers for other impartial parties as necessary.)	215-503-0203 215-503-8966 215-955-4239

অংশ নেওয়া আপনার ইচ্ছা। কোনোরকম জরিমানা ছাড়াই আপনি গবেষণায় অংশ নেওয়া থেকে বিরত থাকতে বা গবেষণা বন্ধ করে দিতে পারেন। আপনি যদি অংশগ্রহণ করতে সম্মত হন, তাহলে আপনি এই ফর্মে স্বাক্ষর করবেন। আপনাকে এই ফর্ম ও তথ্যপত্রের প্রতিলিপি দেওয়া হবে। এই ফর্মে স্বাক্ষর করে আপনি নিশ্চিত করছেন যে উপরের তথ্যগুলি আপনাকে ব্যাখ্যা করা হয়েছে, আপনার সব প্রশ্নের সন্তোষজনক উত্তর দেওয়া হয়েছে এবং আপনি ঐচ্ছিকভাবে এই গবেষণা সমীক্ষায় অংশগ্রহণ করতে সম্মত আছেন।

ছাপার অক্ষরে অংশগ্রহণকারীর নাম
(Printed Name of Participant)

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর
(Signature of Participant)

তারিখ
(Date)

ছাপার অক্ষরে সাক্ষীর নাম
(Printed Name of Witness)

সাক্ষীর স্বাক্ষর
(Signature of Witness)

তারিখ
(Date)