

Informed Consent – Short Form – OHR-8S (Gujarati)**Version Date – FOR OHR USE: 11/4/2019**

મુખ્ય તપાસનીશ:

(Principal Investigator)

ટેલિફોન:

(Telephone)

તમે આ સંશોધન અધ્યયનમાં ભાગ લેવા માંગો છો એ વિશે તમને પૂછવામાં આવે છે. તમે નિર્ણય કરો તે પહેલાં, તમને નીચેના વિશે કહેવું આવશ્યક છે:

- અભ્યાસ શીર્ષક
- આ સંશોધન અભ્યાસ શા માટે કરવામાં આવે છે અને તે અન્ય માનક તબીબી સંભાળથી કેવી રીતે અલગ છે
- સંશોધનનો હેતુ
- તમે કેટલો સમય સુધી આ અભ્યાસમાં રહેશો
- પ્રાયોગિક સહિત કોઈપણ કઈ કાર્યવાહી કરવામાં આવશે
- સંભવિત જોખમો (પ્રજનનના જોખમો સહિત) અને સંભવિત ફાયદા
- ભાગ લેવાના વિકલ્પો
- કઈ આરોગ્ય માહિતી / નમુનાઓ એકત્રિત કરી શકાય છે અને કેવી રીતે તેનો ઉપયોગ કરવામાં આવશે, અને કેવી રીતે તે શેર કરવામાં આવશે
- તમારી ગોપનીયતા કેવી રીતે સુરક્ષિત રાખવામાં આવશે
- સંશોધન સંબંધિત કોઈપણ ઈજા માટે શું વળતર અને સારવાર ઉપલબ્ધ હશે (જો ઓછામાં ઓછા જોખમથી વધુ હોય તો)
- સંપર્ક માહિતી
- તમારી સ્વૈચ્છિક સહભાગિતા - તમે કોઈપણ દંડ વિના ભાગ ન લેવાનું અથવા પાછળથી ભાગ લેવાનું બંધ કરવાનું પસંદ કરી શકો છો

જ્યારે તે લાગુ પડે છે, ત્યારે તને નીચેના વિશે કહેવું આવશ્યક છે:

- સહભાગીના અગ્રગટ જોખમો (પ્રજનનના જોખમો સહિત)
- જો અભ્યાસ વહેલો સમાપ્ત થાય છે તો તમારી સંમતિ અને પ્રક્રિયાઓ વિના અભ્યાસની વહેલી સમાપ્તિની સંભાવના
- કિંમત અને ચુકવણી (જો ચુકવણી કરવાની હોય તો)
- કોઈપણ પરીક્ષણ અથવા અભ્યાસના પરિણામો અને કોઈપણ એવી નવી માહિતી જે તમારી સહભાગિતાની ઈચ્છાથી સંબંધિત હોઈ શકે છે તેના વિશે જાણ કરવી
- આ અભ્યાસમાં ભાગ લેનારાઓની સંખ્યા

આ વિશેના પ્રશ્નો માટે:	વ્યક્તિ અથવા ઓફિસ	સંપર્ક માહિતી
આ અભ્યાસ અને આ અભ્યાસથી સંબંધિત તબીબી સમસ્યાઓ, જેમાં સારવાર અને વળતરનો સમાવેશ થાય છે	મુખ્ય તપાસનીશ: (Principal Investigator) તપાસનીશ: (Investigator)	ફોન નંબર: (Phone Number) ફોન નંબર: (Phone Number)
સંશોધનના સહભાગી તરીકે જો તમારે કોઈ ચિંતા અથવા તમારા અધિકાર વિશે અભ્યાસ કર્મચારી સિવાય બીજા કોઈ વ્યક્તિનો સંપર્ક કરવાની જરૂર હોય તો	બિન-અધ્યયન વ્યક્તિ (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

IRB Control #:

Version Date/Number:

Page 2 of 2

સહભાગિતા કરવી એ તમારી પસંદગી છે. તમે ભાગ ન લેવાનું પસંદ કરી શકો છો અથવા કોઈપણ દંડ વિના ભાગ ન લેવાનું અથવા પાછળથી ભાગ લેવાનું બંધ કરવાનું પસંદ કરી શકો છો. જો તમે ભાગ લેવા માટે સંમત થાઓ છો, તો તમારે આ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરવાના રહેશે. તમને આ ફોર્મ અને માહિતી ફોર્મની એક નકલ પણ આપવામાં આવશે. આ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરીને, તમે એવી પુષ્ટિ કરો છો કે ઉપરોક્ત માહિતી તમને સમજાવી દેવામાં આવી છે, તમારા બધા પ્રશ્નોના તમારા સંતોષ મુજબ જવાબ આપવામાં આવ્યા છે, અને તમે આ સંશોધન અભ્યાસમાં સહભાગી થવા માટે સંમત છો.

સહભાગીનું મુદ્રિત નામ
(Printed Name of Participant)

સહભાગીના હસ્તાક્ષર
(Signature of Participant)

તારીખ
(Date)

સાક્ષીનું મુદ્રિત નામ
(Printed Name of Witness)

સાક્ષીના હસ્તાક્ષર
(Signature of Witness)

તારીખ
(Date)