# গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণের সম্মতি

|  |  |
| --- | --- |
| অধ্যয়নের শিরোনাম | [অধ্যয়নের শিরোনাম] |
| মুখ্য অনুসন্ধানকারী | [মুখ্য অনুসন্ধানকারীর সম্পূর্ণ নাম] |
| উদ্যোক্তার নাম | [উদ্যোক্তার সম্পূর্ণ নাম] |
| আইআরবি এর অনুমোদনের সময়কাল | [আইআরবি এর অনুমোদনের সময়কাল মাস/দিন/বছর - মাস/দিন/বছর] |
| গবেষণা নম্বর | [অধ্যয়ন#] |

আপনাকে একটি গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করার জন্য অনুরোধ জানানো হয়েছে। উপরে উল্লেখিত আপনার ভাষায় আপনাকে এই গবেষণা অধ্যয়ন সম্পর্কে বলা হয়েছে: বাংলা।

আপনাকে নিম্নলিখিত তথ্য ব্যাখ্যা করা হয়েছে:

* কেন অধ্যয়নটি করা হচ্ছে এবং অধ্যয়ন চলাকালীন আপনাকে কী করতে হবে
* অধ্যয়নের কোন্ অংশগুলি গবেষণা এবং আপনি কতদিন এই অধ্যয়নের সাথে জড়িত থাকবেন
* আপনার এবং অন্যান্যদের ক্ষেত্রে গবেষণার কোনো ঝুঁকি, উপকার অথবা অস্বস্তি আছে কি না
* যদি আপনি অধ্যয়নে অংশগ্রহণ না করেন, তাহলে অন্যান্য যেসব চিকিৎসা আপনি পেতে পারেন
* কে আপনার অধ্যয়ন সম্পর্কিত নথিপত্র দেখতে পারেন
* কীভাবে আপনার অধ্যয়ন সম্পর্কিত নথিপত্র গোপন রাখা হবে

যদি অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করার কারণে আপনি আহত হন, তাহলে নিউ ইয়র্ক ইউনিভার্সিটি স্কুল অব মেডিসিন এর কাছ থেকে প্রয়োজন অনুসারে ডাক্তারি পরিচর্যা এবং চিকিৎসা পাবেন। তবে, সরাসরি অথবা আপনার চিকিৎসা বিমা এবং/অথবা চিকিৎসার ব্যয় বহনকারী অন্যান্য ব্যবস্থার মাধ্যমে আপনাকে অবশ্যই সেই চিকিৎসার ব্যয় বহন করতে হবে। আপনাকে কোনো অর্থ প্রদান করা হবে না।

যদি অধ্যয়ন, পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া অথবা গবেষণার কারণে প্রাপ্ত আঘাত সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনি [ব্যক্তি অথবা বিভাগের নাম]-কে [ফোন নম্বর] নম্বরে টেলিফোন করতে পারেন।

যদি আপনার জরুরি পরিচর্যার প্রয়োজন হয়, তাহলে 911 নম্বরে টেলিফোন করতে পারেন অথবা জরুরি বিভাগে যেতে পারেন।

যদি গবেষণায় অংশগ্রহণকারী হিসেবে আপনার অধিকার সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনি 212-263-4146 নম্বরে অফিস অব দি ইনস্টিটিউশনাল রিভিউ বোর্ড (আইআরবি)-কে টেলিফোন করতে পারেন। আইআরবি হল একটি কমিটি যা এই প্রতিষ্ঠানে গবেষণার কাজের তত্ত্বাবধান করে।

আপনাকে এই সম্মতি ফর্মের একটি স্বাক্ষরিত প্রতিলিপি প্রদান করা হবে। এমনকি আপনাকে গবেষণা সম্পর্কে একটি লিখিত সংক্ষিপ্তসারও প্রদান করা হবে।

এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণ স্বেচ্ছাপ্রসূত। আপনি অধ্যয়নে অংশগ্রহণের বিষয়ে যে কোনো সময় মত পরিবর্তন করতে পারেন, তবে তা এই প্রতিষ্ঠানে ভবিষ্যতে আপনার পরিচর্যাকে কোনোভাবে প্রভাবিত করবে না।

এই ফর্মে স্বাক্ষর করার অর্থ হল গবেষণা এবং উপরোক্ত তথ্যের মৌখিক বর্ণনা আপনাকে প্রদান করা হয়েছে এবং আপনি স্বেচ্ছায় এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করতে রাজি হয়েছেন।

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **অংশগ্রহণকারী** | **(নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন)** | **তারিখ** |  |
| স্বাক্ষর |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **সাক্ষী/অনুবাদক** | **(নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন)** | **তারিখ** |  |
| স্বাক্ষর |  |