# अनुसंधान अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमति

|  |  |
| --- | --- |
| अध्ययन का शीर्षक | [study title] |
| मुख्य जाँचकर्ता | [full PI name] |
| प्रायोजक का नाम | [full sponsor name] |
| IRB अनुमोदन अवधि | [IRB approval period mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy] |
| अनुसंधान संख्या | [Study#] |

आपसे एक अनुसंधान अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा गया है। आपको ऊपर सूचीबद्ध अनुसंधान अध्ययन के बारे में अपनी भाषा में बताया गया है: अंग्रेज़ी।

आपको निम्नलिखित जानकारी की व्याख्या की गई है:

* अध्ययन क्यों किया जा रहा है और अध्ययन के दौरान आपको क्या करना है
* अध्ययन के कौन से भाग अनुसंधान हैं और आप अध्ययन में कितने समय तक रहेंगे
* आपके या दूसरों के लिए अनुसंधान के कोई भी जोखिम, लाभ, या असुविधाएँ
* यदि आप अध्ययन में शामिल नहीं होते हैं तो अन्य उपचार जो आप करवा सकते हैं
* आपके अध्ययन रिकॉर्डों को कौन देख सकता है
* आपके अध्ययन रिकॉर्डों को निजी कैसे रखा जाएगा

यदि अध्ययन में रहने के कारण आपको चोट लग जाती है, तो आपको, जैसी ज़रूरत हो, न्यू यॉर्क यूनिवर्सिटी स्कूल ऑफ मेडिसिन से आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल और उपचार प्राप्त होगा। लेकिन, आपको इस तरह के चिकित्सकीय उपचार के लिए सीधे या अपने चिकित्सकीय बीमा और/या चिकित्सकीय कवरेज के अन्य रूपों के माध्यम से भुगतान करना होगा। आपको कोई पैसा नहीं दिया जाएगा।

यदि आपके पास अध्ययन, दुष्प्रभावों या अनुसंधान के कारण लगने वाली चोट के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो आप [name of person or department] को [phone number] पर कॉल कर सकते हैं।

अगर आपको आपातकालीन देखभाल की आवश्यकता है तो आप 911 पर कॉल कर सकते हैं या आपातकालीन विभाग में जा सकते हैं।

यदि किसी अनुसंधान में प्रयोगाधीन-व्यक्ति के रूप में आपके अधिकारों के बारे में आपके कोई प्रश्न हैं, तो आप संस्थागत समीक्षा बोर्ड (IRB) के कार्यालय को 212-263-4146 पर कॉल कर सकते हैं। IRB एक ऐसी समिति है जो इस संस्थान में अनुसंधान की देखरेख करती है।

आपको इस सहमति फार्म की एक हस्ताक्षरित प्रति दी जाएगी। आपको अनुसंधान के बारे में एक लिखित सारांश भी मिलेगा।

अध्ययन में भाग लेना स्वैच्छिक है। आप इस संस्था में अपनी भविष्य की देखभाल को प्रभावित किए बिना किसी भी समय अध्ययन में बने रहने के बारे में अपना विचार बदल सकते हैं।

इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने का अर्थ है कि उपरोक्त जानकारी सहित, आपको अनुसंधान की मौखिक रूप से व्याख्या कर दी गई है, और आप स्वैच्छिक रूप से अध्ययन भाग लेने के लिए सहमति देते हैं।

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **प्रयोगाधीन-व्यक्ति** | **(स्पष्ट अक्षरों में नाम)** | **दिनांक** |  |
| हस्ताक्षर |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **गवाह/अनुवादक** | **(स्पष्ट अक्षरों में नाम)** | **दिनांक** |  |
| हस्ताक्षर |  | | |