

ಕೃಷ್ಣದೇವರಾಯ ದಂತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆ

ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ನಾನು _____,

ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಮಾಹಿತಿ ಪತ್ರವನ್ನು, ದಿನಾಂಕ _____, ಪುಟ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಇದನ್ನು ಓದಿ ಅರಿತುಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ಮಹಿತಿ ಪತ್ರದ ಮೂಲಕ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಉದ್ದೇಶ, ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವುದರಿಂದಾಗುವ ಲಾಭ, ಅಸಂಭವ ಅಥವಾ ಅಪಾಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಸಮಯ, ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಪಾತ್ರ ಹಾಗೂ ಇತರೆ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಚಾರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನನಗೆ ಅರ್ಥವಾಗುವ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ನನಗೆ ಸಂದೇಹಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲು ಅವಕಾಶ ಮಾಡಿಕೊಡಲಾಗಿದೆ.

ಯಾವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಾದರೂ ನಾನು ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವವರಿಂದ ಹಿಂದೆ ಸರಿಯಬಹುದಾಗಿದ್ದು, ಇದರಿಂದ ನನ್ನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗೆ ಧಕ್ಕೆಯಾಗದು ಎಂದು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ನನ್ನ ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾದ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಮಾಹಿತಿಗಳ ಗುಪ್ತತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಅರಿತಿದ್ದೇನೆ. ಸಂಬಂಧಿತ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ನೈತಿಕ ಸಮಿತಿಯ ಪದಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಆ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅರಿತಿದ್ದೇನೆ. ಈ ಪತ್ರಕ್ಕೆ ಸಹಿ ಹಾಕುವ ಮೂಲಕ ಅವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಈ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ನಾನು ನೀಡಬಯಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ಮೂಲಕ ನಾನು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಣೆ ಹಾಗೂ ಸ್ವಇಚ್ಛೆಯಿಂದ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳಲು ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದಕ್ಕಾಗಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವವರ ಹೆಸರು:

ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವವರ ಸಹಿ:

ದಿನಾಂಕ:

(ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ)

ಸಂಶೋಧನೆಯ ಕುರಿತಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ನೀಡಿರುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿದ್ದೇನೆ. ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ಹಾಗೂ ಸಂದೇಹಗಳಿಗೆ ಅವಕಾಶ ಮತ್ತು ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಹೆಸರು:

ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಸಹಿ:

ದಿನಾಂಕ:

ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರವನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿರುವವರ ಹೆಸರು, ಸಹಿ ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ: