

ఒక తృతీయ సంరక్షణ కేంద్రంలో ఏకీకృత డేటాబేస్‌ను ఉపయోగించి కోవిడ్

అనుమానితుడు/ధృవీకరించబడ్డ రోగుల్లో పరిశీలనాత్మక అధ్యయనాలు

సమ్మతి పత్రం

క్రిస్టియన్ వైద్య కళాశాల వేలూరులో జరుగుతున్న కోవిడ్ 19 వ్యాధికి సంబంధించిన పరిశోధన అధ్యయనాలలో పాల్గొనడానికి ఇది ఒక అంగీకార పత్రం.

అధ్యయన సంఖ్య: \_\_\_\_\_

బాలిక / బాలుని ఇంటిపేరు: \_\_\_\_\_

బాలిక / బాలుని పేరు: \_\_\_\_\_

పుట్టిన తేదీ / వయస్సు: \_\_\_\_\_

వేలూరులోని క్రీస్టియన్ వైద్య కళాశాల కోవిడ్ - 19 వ్యాధిపై పరిశోధనలు చేస్తోందని నాకు వివరించబడింది. ఈ వైరస్ చాలా దేశాలకు వ్యాపించిందని మరియు చాలా ఆరోగ్య సమస్యలను కలిగిస్తుందని నాకు తెలుసు. ఈ కొత్త వైరస్‌పై పరిశోధన చేయాల్సిన అవసరం ఉందని, తద్వారా మనం మరింత మెరుగ్గా పోరాడగలుగుతామని కూడా నేను అర్థం చేసుకున్నాను. నేను రక్త నమూనాలు, గొంతు స్వాబ్స్ సేకరణ మరియు కోవిడ్ 19 వ్యాధికి సంబంధించిన ఇతర పరీక్షలను ఇవ్వవలసి ఉంటుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. రక్తం తీసుకోవడం నొప్పిగా ఉంటుందని అలాగే గొంతు స్వాబ్స్ సేకరణ కొంచెం అసౌకర్యంగా ఉంటుందని కూడా నాకు వివరించబడింది. నా రక్తం, గొంతు స్వాబ్స్ సేకరణ మరియు ఇతర వైద్య పరీక్ష నివేదికలతో చేయబోయే పరిశోధన నాకు అర్థమయ్యే భాషలో నాకు వివరించబడింది. నేను ఈ పరిశోధనలో పాల్గొనాలా లేదా అని ఎంచుకోవడానికి నాకు స్వేచ్ఛ ఉందని అలాగే నేను తీసుకునే నిర్ణయం నా చికిత్సపై ఎలాంటి ప్రభావం ఉండదని నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను. నేను ఈ పరిశోధన గురించి నా తల్లిదండ్రులతో మాట్లాడి, ఈ పరిశోధనలో భాగం కావాలని నేను నిర్ణయించుకున్నాను.

బాలిక/బాలుని సంతకం:

తేదీ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

సంతకం చేసిన వ్యక్తి పేరు: \_\_\_\_\_

సంతకం:

