

ఒక తృతీయ సంరక్షణ కేంద్రంలో ఏకీకృత డేటాబేస్‌ను ఉపయోగించి కోవిడ్

అనుమానితుడు/ధృవీకరించబడ్డ కేసుల్లో పరిశీలనాత్మక అధ్యయనాలు

వయోజన రోగుల కొరకు సమ్మతి తెలియజేయు పత్రం

అధ్యయన సంఖ్య: _____ రోగి పేరు: _____

పుట్టిన తేదీ / వయస్సు: _____ రోగి ఇంటి పేరు: _____

(i) పైన తెలుపబడిన కోవిడ్ డేటాబేస్ కొరకు _____ తారీఖు గల సమాచార పత్రాన్ని నేను చదివి అర్థం చేసుకున్నాను మరియు ప్రశ్నలు అడగడానికి అవకాశం కలిగి ఉన్నాను అని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను. []

(ii) అధ్యయనంలో నేను / నా బంధువు పాల్గొనడం స్వచ్ఛందంగా ఉంటుందని మరియు నా వైద్య సంరక్షణ లేదా చట్టపరమైన హక్కులు ప్రభావితం కాకుండా, ఏ కారణం చెప్పకుండా, ఎప్పుడైనా ఉపసంహరించుకునే స్వేచ్ఛ నాకు ఉందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. []

(iii) నేను అధ్యయనం నుండి ఉపసంహరించుకున్న తరువాత కూడా, క్రిస్టియన్ వైద్య కళాశాల నైతిక విలువల కమిటీ, పరిశోధనా నిధుల సంస్థ మరియు నియంత్రణాధికారులకు ప్రస్తుత అధ్యయనానికి సంబంధించి లేదా దీనికి సంబంధించిన తర్వాతి అధ్యయనం గురించి నా ఆరోగ్య వివరాలను చూడడానికి, నా అనుమతి అవసరం లేదని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. నేను ఈ సౌలభ్యానికి అంగీకరిస్తున్నాను. ఏదేమైనప్పటికీ, ప్రచురించబడిన లేదా విడుదల చేసిన ఏదైనా సమాచారంలో నా గుర్తింపు మూడవ వ్యక్తికి తెలియజేయబడదని గోప్యంగా ఉంచబడుతుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. []

(iv) ఈ అధ్యయనం నుండి ఉత్పన్నమయ్యే ఏదైనా సమాచారం లేదా ఫలితాల వినియోగాన్ని పరిమితం చేయకూడదని అలాగే ఎలాంటి ఉపయోగం అయినా శాస్త్రీయ ప్రయోజనం(ల) కోసం మాత్రమే అని నేను అంగీకరిస్తున్నాను. []

(v) నా యొక్క నిల్వ చేసిన రక్తం/కణాలు మరియు ఇతర జీవ నమూనాలను తదుపరి అధ్యయనాల కోసం ఉపయోగించటానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. ఇది నాకు / నా బంధువులకు అందించే

చికిత్సకు సహాయపడకపోవచ్చు కాని భవిష్యత్తులో రోగులకు సహాయకరంగా ఉంటుందని నేను
అర్థం చేసుకున్నాను. []

(vi) తెలియచేసిన సమ్మతి యొక్క ఆడియో-దృశ్య రికార్డింగ్ ఉండవచ్చునని నాకు తెలుసు. []

(vii) పై అధ్యయనంలో పాల్గొనడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. []

పాల్గొనేవారి సంతకం (లేదా బొటనవేలు ముద్ర)

తేదీ: ____/____/____

సంతకం చేసిన వ్యక్తి పేరు: _____ సంతకం:

లేదా

చట్టబద్ధంగా ఆమోదయోగ్యమైన ప్రతినిధి యొక్క సంతకం (లేదా బొటనవేలు ముద్ర)

తేదీ: ____/____/____

సంతకం చేసిన వ్యక్తి పేరు: _____

సంతకం

పరిశోధకుని సంతకం _____

తేదీ ____/____/____

అధ్యయన పరిశోధకుని పేరు _____

సాక్షి యొక్క సంతకం లేదా బొటనవేలు ముద్ర: _____

తేదీ: ____/____/____

సంతకం

సాక్షి పేరు & చిరునామా: _____
