

# डा0 राम मनोहर लोहिया आयुर्विज्ञान संस्थान, लखनऊ

## सूचित सहमति पत्र

अध्ययन विषय.....  
अध्ययन नम्बर.....  
सहभागी का पूरा नाम.....  
जन्मतिथि/उम्र.....  
पता.....

### अध्ययन अन्वेषक का नाम

### संपर्क नम्बर

1. मेरी पुष्टि है कि मैंने उपरोक्त परिक्षण हेतु जानकारी पत्र दिनांक.....को पढ़ व समझ लिया है, तथा मुझे प्रश्न पुछने के अवसर प्रदान किये गये।

अथवा

मुझे अध्ययन अन्वेषक ने विस्तार से सब तथ्यो को समझा दिया है तथा मुझे प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया।

2. मैंने समझ लिया है कि इस अध्ययन मे मेरी प्रतिभागिता स्वैच्छिक है, तथा यह कि मै बिना कोई कारण बताए किसी भी समय अपनी चिकित्सीय देखभाल या कानूनी अधिकारो पर भाव पड़े बिना हट जाने के लिए स्वतंत्र हूँ।
3. मैंने समझ लिया है कि इस चिकित्सीय संयोजक की ओर से काम करने वाले अन्य, नैतिकता समिति तथा विनियामक अधिकारियों का चालू अध्ययन तथा इससे सम्बन्धित तथा हो सकने वाले किसी अनुसंधान से सम्बन्धित मेरे स्वास्थ्य अभिलेखों को देखने के लिए मेरी अनुमति की आवश्यकता नहीं होगी, भले ही मै इस परीक्षण से हट ही क्यों न जाऊ। तथापि मैंने समझ लिया है कि तृतीय पक्ष को दी गई या प्रकाशित की गई किसी जानकारी मे मेरी पहचान को उजागर नहीं किया जाएगा तथा मुझे किसी प्रकार की क्षतिपूर्ति देय नहीं होगी।
4. इस अध्ययन मे प्राप्त किन्ही आकडो या परिक्षणो के प्रयोग पर पाबंदी न लगाने के लिये मै सहमत हूँ बशर्ते कि ऐसे प्रयोग मात्र वैज्ञानिक प्रयोजन/नों के लिये ही हो।
5. उपर्युक्त अध्ययन मे भाग लेने के लिये मै सहमत हूँ।

सहभागी के हस्ताक्षर या अगूठें का निशान/ कानूनी रूप से स्वीकार्य प्रतिनिधि

हस्ताक्षर करने वाले का नाम .....दिनांक.....

अध्ययन अन्वेषक के हस्ताक्षर..... दिनांक.....

अध्ययन अन्वेषक के नाम..... दिनांक.....

गवाह के हस्ताक्षर..... दिनांक.....

गवाह का नाम .....