Boston Children's Hospital	**RESEARCH CONSENT FORM**
	Use Plate or Print:
Protocol Title:	MRN#:
	DOB:
Principal Investigator:	Subject's Name:
	Gender:

పరిశోధనలో పాల్గొనేందుకు సంక్షిప్త పత్ర సమ్మతి

ఒకవేళ మీరు ఒక పరిశోధన అధ్యయనంలో చేరాలని భావిస్తున్నారా అని మిమ్మల్ని అడుగుచున్నాము. అధ్యయనంలో చేరేందుకు మీరు సమ్మతించే ముందు, అధ్యయన బృందంలోని ఒకరు పరిశోధన గురించి కొన్ని విషయాలు మీకు చెప్పాలి. మీకు చెప్పబడేవి:

a. పరిశోధన యొక్క ఉద్దేశం
b. పరిశోధన సమయంలో మీకు ఏమవుతుంది అనేది
c. పరిశోధన ఎంత సమయం పడుతుంది మరియు ఎంత కాలం మిమ్మల్ని పాల్గొనమని అడుగుతారు.
d. పరిశోధనలో ఏవైనా ప్రయోగాత్మక భాగాలు (ఏదైనా పరీక్షించబడేది)
e. పరిశోధనలో ఏవైనా భాగాలు లేక ప్రమాదాలు అనగా మిమ్మల్ని గాయపరిచేవి లేక మిమ్మల్ని అసౌకర్యానికి గురిచేసేవి.
f. పరిశోధన ద్వారా మీకు లేక ఎవరికైనా దక్కే ఏవైనా ప్రయోజనాలు.
g. పరిశోధనకు బదులుగా మీకు ప్రయోజనం కలిగించే ఏవైనా చికిత్సలు లేక విధానాలు (ప్రత్యామ్నాయాలు)
h. మీ డేటా తెలియపరిచే వ్యక్తి యొక్క కొన్ని గుర్తులు.
i. మీ యొక్క గోప్యత మరియు మీ సమాచారం యొక్క గోప్యత ఎలా సురక్షితంగా ఉంచబడుతుంది.

అధ్యయన సిబ్బంది క్రింది సమాచారాన్ని కూడా మీకు తెలపాలి ఒకవేళ అది ఈ అధ్యయనానికి వర్తిస్తే:

a. మీరు పరిశోధన అధ్యయనంలో ఉండగా ఒకవేళ మీరు గాయపడినట్లయితే ఒకవేళ మీకు ఏదైనా నష్టపరిహారం (డబ్బు లేక ఉచిత వైద్య చికిత్స) లభిస్తుందా
b. ఒకవేళ ప్రస్తుతానికి మాకు తెలియనివి కానీ భవిష్యత్తులో జరిగేవి ఏవైనా ప్రమాదాలు ఉన్నాయా
c. ఎందుకు పరిశోధకులు బహుశా మిమ్మల్ని అధ్యయనంలో ఉండనివ్వకుండా ఆపారు ఒకవేళ ఏవైనా కారణాలు ఉన్నాయా
d. అధ్యయనంలో ఉండడం కోసం మీకు ఏవైనా ఖర్చులు
e. ఒకవేళ మీరు అధ్యయనంలో ఉండడం ఆపాలని కోరుకుంటే ఏమి జరుగుతుంది
f. అధ్యయనంలో ఉండడం గురించి మీ మనసుని మార్చుకునేలా చేసే కొత్త కనుగొన్న విషయాలు మీకు ఎప్పుడు చెప్పబడతాయి.
g. అధ్యయనంలో ఎంతమంది వ్యక్తులు ఉంటారు.

మీకు పైన సమాచారం అంతా చెప్పిన తరువాత అధ్యయన సిబ్బంది ఒకవేళ మీరు అధ్యయనంలో ఉండాలని అనుకుంటున్నారా అని మిమ్మల్ని అడుగుతారు. ఒకవేళ మీరు అంగీకరిస్తే అప్పుడు అధ్యయన సిబ్బంది ఈ ఫారంపై సంతకం చేయమని మిమ్మల్ని అడుగుతారు. మీకు సంతకం చేయబడ్డ ఈ ఫారం యొక్క ఒక కాపీ మీ మాతృ భాషలో ఇవ్వాలి. పరిశోధన యొక్క లిఖితపూర్వక సారాంశం కూడా ఆంగ్లములో మీకు ఇవ్వబడుతుంది.

మీరు లేక మీ అనువాదకులు కాల్ చేయవచ్చు ____________________ ఈ నంబరుపె ____________________ ఏ సమయంలో నెనా మీకు పరిశోధన గురించి ఉన్న ప్రశ్నలు లేక ఒకవేళ మీరు గాయపడితే ఏమి చేయాలి అనే దాని గురించి. ఒక పరిశోధన విషయంగా మీ హక్కుల గురించి ఒకవేళ మీకు ఏవెనా ప్రశ్నలు ఉంటే క్లినికల్ తనిఖీకె 617-355-7052 నంబరుపె Boston Children's Hospital Committee కి మీరు లేక మీ అనువాదకులు కాల్ చేయవచ్చు.

ఒకవేళ ఈ అధ్యయనంలో మీకు ఉండాలని ఉందా లేదా అనేది మీరు స్వేచ్చగా నిర్ణయించుకొవచ్చు. అది మీ ఇష్టం. మీకు అధ్యయనంలో ఉండాలని లేదు అని మీరు నిర్ణయించుకోవచ్చు. మీరు అధ్యయనంలో ఉండేందుకు మరియు ఏ సమయంలోనెనా ఆపడం అనేది మీరు నిర్ణయించుకోవచ్చు ఒకవేళ మీరు అధ్యయనంలో ఉండకూడదని నిర్ణయించుకున్నా లేదా ఒకవేళ మీరు ఆపేయాలని నిర్ణయించుకుంటే మీరు అర్హులుగా ఉన్న ఏ ప్రయోజనాలను మీరు కోల్పోరు. మీ నిర్ణయం ఏదెనా. పర్వాలేదు అది సిబ్బంది మిమ్మల్ని చూసే విధానాన్ని మార్చదు కానీ ఒకవేళ మీరు పరిశోధన అధ్యయనంలో ఉండాలని నిర్ణయించుకుంటే అది మీ చికిత్స ప్రణాళికను మార్చవచ్చు .

ఈ పత్రంపై సంతకం చేయడమంటే పరిశోధన అధ్యయనం మీరు వివరించబడింది అని అర్థం. దీని అర్థం మీకు పైన సమాచారమంతా చెప్పారని. ఒకవేళ మీరు ఈ ఫారంపై సంతకం చేస్తే దాని అర్థం మీరు అధ్యయనంలో ఉండేందుకు అంగీకరిస్తున్నారని.

<u>విషయ సమ్మతి</u>

■ ____________________ ____

తేదీ(నెల/రోజు/సంవత్సరం) **పిల్లల/కౌమార అంశం** యొక్క సంతకం (ఒకవేళ వర్తిస్తే)

<u>విషయ సమ్మతి మరియు/లేక తల్లి లేక తండ్రి/ చట్టపరమైన సంరక్షకులు సమ్మతి</u>

■ ____________________ ____

తేదీ(నెల/రోజు/సంవత్సరం) **కౌమార అంశం** లేదా **తల్లి లేక తండ్రి లేక** చట్టపరమైన **సంరక్షకుల** యొక్క సంతకం

____

పిల్లలతో ఉన్న సంబంధం

■ ____________________ ____

తేదీ(నెల/రోజు/సంవత్సరం) **సాక్షి మరియు అనువాదకుని యొక్క** సంతకం

____

ముద్రించబడ్డ పేరు

** పరిశోధన ప్రోటోకాల్ వివరించబడింది అని మరియు వాళ్ళు ప్రశ్నలు అడగవచ్చని విషయం సలహా ఇచ్చిందని సాక్షి అభయమిస్తున్నారు.*