अनुसंधान में भाग लेने की सहमति

***Select*** *appropriate Study sites*

The University of Texas Southwestern Medical Center

Parkland Health & Hospital System

Children’s Health

Retina Foundation of the Southwest

Texas Scottish Rite Hospital for Children

Texas Health Resources

आपको एक अनुसंधान अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है।

इससे पहले कि आप सहमत हों, अन्वेषक के लिए आपको निम्न के बारे में बताना आवश्यक है (i) अनुसंधान के उद्देश्यों, प्रक्रियाओं और अवधि के बारे में; (ii) किसी भी ऐसी प्रक्रियाओं के बारे में जो प्रयोगात्मक हैं; (iii) अनुसंधान के किसी भी उचित रूप से प्रत्याशित जोखिमों, असुविधाओं, और लाभों के बारे मे; (iv) किसी संभावित रूप से लाभकारी वैकल्पिक प्रक्रियाओं या उपचारों के बारे में; और (v) इसके बारे में कि गोपनीयता को कैसे बनाए रखा जाएगा।

जहां लागू होता है, अन्वेषक के लिए आपको निम्न के बारे में भी बताना आवश्यक है कि (i) चोट लगने पर उपलब्ध किसी भी मुआवजे या चिकित्सा उपचार के बारे में; (ii) अप्रत्याशित जोखिमों की संभावना के बारे में; (iii) उन परिस्थितियों के बारे में जब अन्वेषक आपकी भागीदारी को रोक सकता है; (iv) आपकी किन्हीं अतिरिक्त लागतों के बारे में; (v) इस बारे में कि यदि आप भागीदारी को रोकने का फैसला करते हैं तो क्या होता है; (vi) इस बारे में कि आपको नए निष्कर्षों के बारे में कब बताया जाएगा जो भाग लेने की आपकी इच्छा को प्रभावित कर सकते हैं; और (vii) इस बारे में कि अध्ययन में कितने लोग होंगे।

यदि आप भाग लेने के लिए सहमत हैं, तो आपको इस दस्तावेज़ की एक हस्ताक्षरित प्रति और अनुसंधान का एक लिखित सारांश अवश्य दिया जाएगा।

यदि किसी भी समय आपके अनुसंधान के बारे में कोई प्रश्न हों तो आप (**name**) (**phone number**) पर संपर्क कर सकते हैं।

यदि एक अनुसंधान प्रयोगाधीन व्यक्ति के रूप में अपने अधिकारों के बारे में या यदि आप चोटिल होते हैं तो क्या करना है, के बारे में आपके कोई प्रश्न हैं तो आप 214-648-3060 पर University of Texas Southwestern Medical Center मानव अनुसंधान संरक्षण कार्यक्रम (Human Research Protection Program, HRPP) से संपर्क कर सकते हैं।

इस अनुसंधान में आपकी भागीदारी स्वैच्छिक है, और यदि आप भाग लेने से इनकार करने या रोकने का फैसला करते हैं तो आपको दंडित नहीं किया जाएगा या आपके लाभ कम नहीं होंगे।

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करने का अर्थ है कि उपर्युक्त जानकारी सहित इस अनुसंधान अध्ययन का आपको मौखिक रूप से वर्णन किया गया है, और आप स्वेच्छा से भाग लेने के लिए सहमत हैं। | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | सुबह  शाम |
| सहभागी का स्पष्ट अक्षरों में नाम |  | | सहभागी के हस्ताक्षर | | | |  | | | तारीख | | |  | | समय |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | सुबह  शाम | | | |
| माता-पिता/संरक्षक का स्पष्ट अक्षरों में नाम (18 वर्ष से कम आयु के बच्चे) | |  | | माता-पिता/संरक्षक के हस्ताक्षर  (18 वर्ष से कम आयु के बच्चे) | |  | | | तारीख | | |  | | समय | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | सुबह  शाम | | | |
| गवाह/दुभाषिये का स्पष्ट अक्षरों में नाम | |  | | गवाह/दुभाषिये के हस्ताक्षर | |  | | | तारीख | | |  | | समय | |

**Note: If HIPAA applies: Request an "Alteration of HIPAA Authorization" – Form H:**  
This should be provided in the "HIPAA" section using Form H. The alteration means that when using the Short Form Consent Process, neither the participant nor their LAR should sign the HIPAA Authorization (whether there is a separate HIPAA Authorization or one embedded in the Summary Form (the modified English consent form).