ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ

***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

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਮਤ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਬਾਰੇ ਜ਼ਰੂਰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ (i) ਖੋਜ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ, ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਅਤੇ ਮਿਆਦ ਬਾਰੇ; (ii) ਅਜਿਹੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਬਾਰੇ ਜੋ ਪ੍ਰਯੋਗਾਤਮਕ ਹਨ; (iii) ਖੋਜ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਾਜਬ ਤੌਰ ਤੇ ਅਨੁਮਾਨ ਲਗਾਏ ਜਾਣ ਯੋਗ ਜੋਖਮਾਂ, ਅਸੁਵਿਧਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ; (iv) ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੰਭਾਵੀ ਤੌਰ ਤੇ ਲਾਭਦਾਇਕ ਵਿਕਲਪਿਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਜਾਂ ਇਲਾਜਾਂ ਬਾਰੇ; ਅਤੇ (v) ਇਸ ਬਾਰੇ ਕਿ ਗੋਪਨੀਅਤਾ ਕਿਵੇਂ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖੀ ਜਾਏਗੀ।

ਜਿੱਥੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਬਾਰੇ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ (i) ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਜਾਂ ਚਿਕਿਤਸਾ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ; (ii) ਅਣਪਛਾਤੇ ਖ਼ਤਰੇ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਬਾਰੇ; (iii) ਉਨ੍ਹਾਂ ਹਾਲਾਤਾਂ ਬਾਰੇ ਜਦੋਂ ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਨੂੰ ਰੋਕ ਸਕਦਾ ਹੈ; (iv) ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਾਧੂ ਖਰਚੇ ਬਾਰੇ; (v) ਇਸ ਬਾਰੇ ਕਿ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਰੋਕਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; (vi) ਇਸ ਬਾਰੇ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਵੀਆਂ ਉਪਲਬਧੀਆਂ ਬਾਰੇ ਕਦੋਂ ਦੱਸਿਆ ਜਾਏਗਾ ਜੋ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਇੱਛਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ; ਅਤੇ (vii) ਇਸ ਬਾਰੇ ਕਿ ਅਧਿਐਨ ਵਿਚ ਕਿੰਨੇ ਲੋਕ ਹੋਣਗੇ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਇੱਕ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੀ ਕਾਪੀ ਅਤੇ ਖੋਜ ਦਾ ਇਕ ਲਿਖਤੀ ਸੰਖੇਪ ਜ਼ਰੂਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਏਗਾ।

ਜੇ ਖੋਜ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੋਣ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ (**Name**)' ਨੂੰ (**Phone number**) ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਖੋਜ ਪ੍ਰਤਿਭਾਗੀ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੱਟ ਲਗਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕੀ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ University of Texas Southwestern Medical Center ਹਿਊਮਨ ਰਿਸਰਚ ਪ੍ਰੋਟੈਕਸ਼ਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (Human Research Protection Program, HRPP) ਦੇ ਨਾਲ 214-648-3060 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਇਸ ਖੋਜ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਸਵੈ-ਇੱਛਕ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਰੋਕਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਜੁਰਮਾਨਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗੇਗਾ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਲਾਭਾਂ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਗਵਾਓਗੇ।

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮੇਤ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਬਾਨੀ ਤੌਰ ਤੇ ਸਮਝਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਵੈ-ਇੱਛਾ ਨਾਲ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋਏ ਹੋ। | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | ਸਵੇਰੇ  ਸ਼ਾਮ |
| ਭਾਗੀਦਾਰ ਦਾ ਸਪਸ਼ਟ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਂ |  | | ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ | | | |  | | | ਤਾਰੀਖ | | |  | | ਸਮਾਂ |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | ਸਵੇਰੇ  ਸ਼ਾਮ | | | |
| ਮਾਂ-ਪਿਓ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਸਪਸ਼ਟ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਂ (18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਛੋਟੇ ਬੱਚੇ) | |  | | ਮਾਂ-ਪਿਓ/ਸਰਪੱਸਤ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ  (18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਛੋਟੇ ਬੱਚੇ) | |  | | | ਤਾਰੀਖ | | |  | | ਸਮਾਂ | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | ਸਵੇਰੇ  ਸ਼ਾਮ | | | |
| ਗਵਾਹ/ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਸਪਸ਼ਟ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਂ | |  | | ਗਵਾਹ/ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ | |  | | | ਤਾਰੀਖ | | |  | | ਸਮਾਂ | |

**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).