

[hospital_logo]



মাতা বা পিতা/অভিভাবকের সম্মতি ফর্ম

সংস্করণ 2.4 27 জুলাই 2020

স্থানীয় প্রধান তদন্তকারী: [local_lead_investigator_name]

প্রধান তদন্তকারী: ডাক্তার জে কে বেইল (JK Baillie), ইউনিভার্সিটি অব এডিনবার্গ

[affix_barcode]

- এই গবেষণার জন্য তথ্য শীটটি (v2.4 27 জুলাই 2020) আমি পড়েছি (বা আমাকে পড়ে শোনানো হয়েছে)। আমি এটি বুঝতে পেরেছি এবং প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছি।
- আমার শিশুর ডিএনএ নমুনা সরবরাহ করতে এবং গুরুতর অসুস্থতার ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ কারণসমূহ অনুসন্ধান করার জন্য এই নমুনাটি বিশ্লেষণ করতে আমি আমার শিশুর জন্য সম্মতি প্রদান করছি।
- কোনো কারণ না দেখিয়ে যেকোনো সময় গবেষণা থেকে আমার শিশুকে আমি প্রত্যাহার করতে পারি।
- অনুসন্ধানের পর আমার শিশুর সাথে প্রাসঙ্গিক প্রাপ্ত তথ্য এই গবেষণার মাধ্যমে উদ্ভূত হওয়ার সম্ভাবনা রয়েছে। একটি প্রক্রিয়া রয়েছে যার মাধ্যমে আমাকে বা আমার শিশুকে এ সম্পর্কে অবহিত করা যেতে পারে।
- আমার শিশুর ডিএনএ এবং তাদের জিনোমের সম্পূর্ণ সিকোয়েন্স বা ক্রমবিন্যাসসহ তাদের ডিএনএ থেকে প্রাপ্ত তথ্য সংরক্ষণ করা হতে পারে এবং ভবিষ্যতের গবেষণার জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে। গবেষকদের মধ্যে জাতীয় বা আন্তর্জাতিক বিজ্ঞানীগণ, সংস্থাসমূহ এবং NHS এর কর্মকর্তা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারেন। তথ্য প্রবেশ করার জন্য, গবেষকদেরকে অবশ্যই চিকিৎসক, বিজ্ঞানী এবং রোগীসহ একটি স্বাধীন বিশেষজ্ঞ কমিটি দ্বারা অনুমোদিত হতে হবে। তথ্যে ব্যক্তিগত বিমাকারী বা বিপণন সংস্থাসমূহের কোনো প্রবেশাধিকার থাকবে না।
- GenOMICC এর তদন্তকারী, গবেষণার স্পন্সর (NHS Lothian এবং এডিনবার্গ ইউনিভার্সিটি) এবং Genomics England সহ অংশীদার সংস্থাসমূহ আমার শিশুর স্বাস্থ্যের বিভিন্ন দিকের তথ্য সংগ্রহ করবে।
- আমি সম্মতি দিচ্ছি যে ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল এবং গুরুতর অসুস্থতার সাথে সম্পর্কিত নয় এমন গবেষণাসহ ভবিষ্যতের গবেষণায় অংশ নেওয়ার জন্য এই গবেষণার তদন্তকারীরা আমার শিশুর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।
- গবেষণার জন্য আমার শিশু স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ ও তা বিশ্লেষণসহ জীবনভর ফলোআপে আমি সম্মতি জানাই যা আমার পুরো জীবনকাল এবং এরপরেও অব্যাহত থাকবে। আমার শিশুর এতে সম্মতি আছে তা নিশ্চিত করতে শিশুর বয়স 16 বছর হওয়ার পর তাদের সাথে আবার যোগাযোগ করা হবে।

আমি নিশ্চিত করছি যে আমি _____ এর মাতা বা পিতা/অভিভাবক।

উপরের বিবৃতিগুলির সাথে আপনি একমত হন তা জ্ঞাপন করতে অনুগ্রহ করে এখানে স্বাক্ষর করুন:

স্পষ্ট অক্ষরে সম্মতি গ্রহণকারী ব্যক্তির নাম

স্পষ্ট অক্ষরে মাতা বা পিতা/অভিভাবকের নাম

সম্মতি গ্রহণকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর

মাতা বা পিতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ: _____

তারিখ: _____

[hospital_logo]



যদি অংশগ্রহণকারী ফর্মটি পড়তে না পারেন:

এই গবেষণার সাথে আমার কোনো সম্পৃক্ততা নেই এবং আমি প্রত্যয়ন করছি যে অংশগ্রহণকারী যে ভাষায় বুঝতে পারেন সে ভাষায় এই গবেষণা সম্পর্কিত তথ্য তাদের কাছে সঠিকভাবে ব্যাখ্যা করা হয়েছিল এবং মাতা বা পিতা/অভিভাবক স্বাধীনভাবে সেই অবহিত সম্মতি প্রদান করেছিলেন।

স্পষ্ট অক্ষরে সাক্ষীর নাম

সাক্ষীর স্বাক্ষর

তারিখ:

মূল কপি সাইট ফাইলে সংরক্ষণ করতে হবে। একটি কপি মাতা বা পিতা/অভিভাবককে প্রদান করতে হবে।