**অবহিতকরণ সম্মতি ফরম – আইনি প্রতিনিধি**

অংশগ্রহণকারীর শনাক্তকরণ নম্বর:

পরীক্ষার শিরোনাম: STOP-COVID19: **COVID-19** এ প্রোটিজ ইনহিবিশনের
সুপিরিওরিটি পরীক্ষা

প্রধান তদন্তকারী: অধ্যাপক জেমস চালমারস

স্পন্সর: ডান্ডি বিশ্ববিদ্যালয় এবং NHS টায়সাইড

 অনুগ্রহ করে বক্সে আদ্যক্ষর লিখুন

1. আমি নিশ্চিত করছি যে আমি উপরের প্রকল্পের জন্য অংশগ্রহণকারীর তথ্য সম্বলিত পত্র - আইনি প্রতিনিধি সংস্করণ .................... তারিখ …………….. পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি। তথ্যগুলো বিবেচনা করার, এ সম্পর্কে প্রশ্ন করার এবং সেগুলোর সন্তোষজনকভাবে উত্তর পাওয়ার সুযোগ আমার হয়েছে।
2. আমি বুঝতে পারছি, আমি যে পোষ্য/আত্মীয়/ব্যক্তির পক্ষে সম্মতি দিচ্ছি তাদের অংশগ্রহণ স্বেচ্ছাধীন এবং আমি যে পোষ্য/আত্মীয়/ব্যক্তির পক্ষে সম্মতি দিচ্ছি, কোনো কারণ না দেখিয়েই এবং তাদের চিকিৎসা সেবা বা আইনি অধিকারসমূহকে প্রভাবিত হতে না দিয়েই তাদেরকে আমি যেকোনো সময় প্রত্যাহার করে নিতে পারি।

3. আমি বুঝতে পারছি, আমি যে পোষ্য/আত্মীয়/ব্যক্তির পক্ষে সম্মতি দিচ্ছি তাদের মেডিকেল নোটের প্রাসঙ্গিক অংশসমূহ এবং গবেষণার সময় সংগৃহীত তথ্যসমূহ স্পন্সররের (ইউনিভার্সিটি অব ডান্ডি/NHS টায়সাইড), NHS সংস্থার অথবা নিয়ন্ত্রক/অন্যান্য কর্তৃপক্ষের ব্যক্তিরা দেখতে পারেন যেখানে এটি তাদের এই গবেষণায় অংশগ্রহণের সাথে সম্পৃক্ত। আমি এই ব্যক্তিদেরকে অংশগ্রহণকারীদের রেকর্ড অ্যাক্সেস করার অনুমতি দিচ্ছি।

4. আমি মানছি, আমি যে পোষ্য/আত্মীয়/ব্যক্তির পক্ষে পরীক্ষার জন্য তাদের সম্পর্কে গোপনীয় তথ্য সংগ্রহ করার ব্যাপারে সম্মতি দিচ্ছি সেগুলো ভবিষ্যতে নীতিগতভাবে অনুমোদিত চিকিৎসা গবেষণায় ব্যবহার করা হতে পারে, যার মধ্যে বাণিজ্যিক সংস্থাগুলোর সাথে গবেষণাও অন্তর্ভুক্ত। আমাকে শনাক্ত করে এমন যেকোনো তথ্য শেয়ার করার আগেই সরিয়ে ফেলা হবে।

5. আমি মানছি, আমি যে পোষ্য/আত্মীয়/ব্যক্তির পক্ষে সম্মতি দিচ্ছি তাদের রক্ত, থুতু, নাকের শ্লেষ্মার নমুনা যা পরীক্ষার পরে বাকি থেকে যাবে সেগুলো ভবিষ্যতে নীতিগতভাবে অনুমোদিত গবেষণার কাজে ব্যবহার করার জন্য সংরক্ষণ করা হতে পারে, যার মধ্যে বাণিজ্যিক সংস্থাগুলোর সাথে গবেষণাও অন্তর্ভুক্ত। আমাকে শনাক্ত করে এমন যে কোনো তথ্য শেয়ার করার আগেই সরিয়ে ফেলা হবে। আমি এই নমুনাগুলো স্পন্সরদেরকে দান করতে রাজি আছি।

6. আমি মানছি, আমি যে পোষ্য/আত্মীয়/ব্যক্তির পক্ষে সম্মতি দিচ্ছি তাদের পরীক্ষায় অংশগ্রহণের কথা তাদের GP-কে জানানো হবে।

1. আমি যে পোষ্য/আত্মীয়/ব্যক্তির পক্ষে সম্মতি দিচ্ছি তাদের পরীক্ষায় অংশগ্রহণের ব্যাপারে আমি অনুমতি দিচ্ছি।

|  |
| --- |
| আমি নিশ্চিত করছি যে আমি নিম্নে উল্লিখিত ব্যক্তির আইনি প্রতিনিধি:  |
| অংশগ্রহণকারীর নাম (বড় অক্ষরে) |  |  |
|  |  |  |
| আইনি প্রতিনিধির নাম (বড় অক্ষরে) | তারিখ | স্বাক্ষর |
|  |  |  |
| অংশগ্রহণকারীর সাথে সম্পর্ক |  |  |
|  |  |  |
| সম্মতি গ্রহণকারী ব্যক্তির নাম (বড় অক্ষরে) | তারিখ | স্বাক্ষর |