**ਸੂਚਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ - ਮੁੜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਸਮਰੱਥਾ**

ਪ੍ਰਤੀਭਾਗੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਦਾ ਨੰਬਰ:

ਟਰਾਇਲ ਦਾ ਸਿਰਲੇਖ: ਕੋਵਿਡ19-ਰੋਕੋ: ਕੋਵਿਡ-19 ਵਿਚ ਪ੍ਰੋਟੀਜ਼ ਰੋਕ ਦਾ ਉਤਮਤਾ ਦਾ ਟਰਾਇਲ

ਮੁੱਖ ਨਿਰੀਖਕ: ਪ੍ਰੋਫ਼. ਜੇਮਜ਼ ਚਾਲਮਰਜ਼

ਪ੍ਰਾਯੋਜਕ: ਯੂਨੀਵਿਰਸਟੀ ਆਫ਼ ਡੰਡੀ (University of Dundee) ਅਤੇ ਐਨ ਐਚ ਐਸ ਟੇਅਸਾਇਡ (NHS Tayside)

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖਾਨੇ ਵਿਚ ਸੰਖੇਪ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ

1. ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਪ੍ਰੋਜੈਕਟ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਪ੍ਰਤੀਭਾਗੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ੀਟ - ਮੁੜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਸਮਰੱਥਾ ਸੰਸਕਰਣ .................... ਤਾਰੀਖ .................... ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨ, ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਉੱਤਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ।
2. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਭਾਗ ਲੈਣਾ ਇਛੁੱਕ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਕੋਈ ਵੀ ਕਾਰਨ ਦੱਸੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਵਿਚੋਂ ਹੱਟਣ ਲਈ ਸੁਤੰਤਰ ਹਾਂ। ਇਹ ਮੇਰੀ ਚਿਕਿਤਸਕ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

3. ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਗੋਪਨੀਯ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਕਲੀਨਿਕਲ ਟੀਮ (ਜਾਂ ਖੋਜ ਟੀਮ) ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਕਿ ਇਸ ਟਰਾਇਲ ਨੂੰ ਕਰਨ ਲਈ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

4. ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਗੋਪਨੀਯ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਸ ਟਰਾਇਲ ਦੇ ਲਈ ਇੱਕਤਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਵਪਾਰਕ ਸੰਗਠਨਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਖੋਜ ਸਮੇਤ, ਭਵਿੱਖ ਦੀ ਨੈਤਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਖੋਜ ਵਿਚ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਮੇਰੀ ਪਛਾਣ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਉਸਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

5. ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਜੀ ਪੀ (GP) ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਕਿ ਮੈਂ ਟਰਾਇਲ ਵਿਚ ਭਾਗ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹਾਂ।

6. ਮੈਂ, ਖੋਜਾਰਥੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਖੋਜ ਟੀਮ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਮੈਂ ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਪ੍ਰੋਜੈਕਟ ਵਿਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਢੁੱਕਵਾਂ/ਵੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ (ਵਿਕਲਪਕ)। ਹਾਂ/ਨਹੀਂ

1. ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਟਰਾਇਲ ਵਿਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ਪ੍ਰਤੀਭਾਗੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿਚ) | ਤਾਰੀਖ | ਦਸਤਖਤ |
|  |  |  |
| ਸਹਿਮਤੀ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿਚ) | ਤਾਰੀਖ | ਦਸਤਖਤ |