**অবহিতকরণ সম্মতি ফরম**

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 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 যে অংশগ্রহণ করার ব্যাপারটি স্বেচ্ছাধীন এবং কোনো কারণ না দেখিয়েই আমি যেকোনো সময় নিজেকে প্রত্যাহার করতে পারি। এর ফলে আমার চিকিৎসা সেবা বা আইনি অধিকারসমূহে কোনো প্রভাব পড়বে না।

3. আমি মানছি, আমার সম্পর্কিত গোপনীয় তথ্য ক্লিনিক্যাল সেবা দলের (বা গবেষণা দল) বাইরেও শেয়ার করা হতে পারে যেখানে এই পরীক্ষাটি সম্পন্ন করতে এর প্রয়োজন।

4. আমি মানছি, আমার সম্পর্কে যে গোপনীয় তথ্য পরীক্ষার জন্য সংগ্রহ করা হচ্ছে 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, আমার পরীক্ষায় অংশগ্রহণের কথা আমার GP-কে জানানো হবে।

6. আমি মানছি, আরও কোনো প্রকল্পের উপযুক্ত মনে হলে আমার সাথে ভবিষ্যতে গবেষক এবং/বা গবেষক দল যোগাযোগ করতে পারেন (ঐচ্ছিক)। হ্যাঁ/না

1. আমি উপরে উল্লিখিত পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করতে রাজি আছি।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| অংশগ্রহণকারীর নাম (বড় অক্ষরে) | তারিখ | স্বাক্ষর |
|  |  |  |
| সম্মতি গ্রহণকারী ব্যক্তির নাম (বড় অক্ষরে) | তারিখ | স্বাক্ষর |

যদি অংশগ্রহণকারী ব্যক্তি লেখাটি পড়তে না পারেন এবং/বা নিজে স্বাক্ষর করতে না পারেন কিন্তু সম্মতি দিতে সক্ষম হন:

আমি অনুমতি ফরমটি সম্ভাব্য অংশগ্রহণকারীকে সঠিকভাবে পড়ে শোনাতে প্রত্যক্ষ করেছি যিনি প্রশ্ন করতে পেরেছেন ও সন্তোষজনক উত্তরও পেয়েছেন।

আমি নিশ্চিত করছি যে তারা স্বাধীনভাবে তাদের সম্মতি দিয়েছেন।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| সাক্ষীর নাম (বড় অক্ষরে) | তারিখ | স্বাক্ষর |
|  |  |  |
| সম্মতি গ্রহণকারী ব্যক্তির নাম (বড় অক্ষরে) | তারিখ | স্বাক্ষর |