**PARTICIPANT INFORMED CONSENT FORM (PICF)**

Participant identification number for this trial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Title of project**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

The contents of the information sheet dated ……………….. that was provided to me, have been carefully read by me / explained in detail to me, in a language that I comprehend, and I have fully understood the contents. I confirm that I have had the opportunity to ask questions.

The nature and purpose of the study and its potential risks / benefits and expected duration of the study, and other relevant details of the study have been explained to me in detail. I understand that my participation is voluntary and that I am free to withdraw at any time, without giving any reason, without my medical care or legal right being affected.

I understand that the information collected about me from my participation in this research and sections of any of my medical notes may be looked at by responsible individuals from Department of Name, New Civil Hospital and Government Medical College, Surat. I give permission for these individuals to have access to my records.

I agree to take part in the above study.

---------------------------------------------

(Signatures / Left Thumb Impression)

Name of the Participant: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Complete postal address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

This is to certify that the above consent has been obtained in my presence.

Sign of witness: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name of witness: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

------------------------------

Signatures of the Principal Investigator

Principal Investigator : Dr. Name of Resident

Mobile No.

Date:

Place:

1).Principal investigator’s Copy

2).Patient’s Copy.

**સંપૂર્ણ જાણકારી સાથેનું સંમતિપત્રક:**

અભ્યાસમાં ભાગ લેનારનો ઓળખ નંબર:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**અભ્યાસનું શિર્ષક:** “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

તારીખ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ના દિને માહિતી પત્રક્માંની તમામ વિગતો મને, હું સમજી શકું એ ભાષામાં સમજાવવામાં આવી છે/ મેં વાંચી છે. અને હું એ તમામ વાતો સમજી ચૂક્યો છું. અને હું બાંહેધરી આપું છું કે આ દરમ્યાન મને સવાલો પૂછવાનો મોકો મળ્યો છે.

આ અભ્યાસનો પ્રકાર અને એનો હેતુ તથા સંભવિત ફાયદા-ગેરફાયદા અને અંદાજિત સમય તથા અન્ય જાણકારી મને વિગતવાર સમજવામાં આવેલ છે. હું એ સમજી શકું છું કે હું આ અભ્યાસમાં સ્વૈચ્છિક રીતે ભાગ લઇ રહયો છું તથા ગમે ત્યારે જાણ કર્યા વિના કે મારા સ્વાસ્થ્ય કે કાયદાકીય અધિકારને હાનિ પહોંચ્યા વિના આ અભ્યાસમાંથી મુક્ત થઇ શકું છું.

મને સમજાવવામાં આવ્યું છે કે મારા આ અભ્યાસમાં શામેલ થવાથી ભેગી કરવામાં આવેલી માહિતી અથવા અન્ય કોઈ સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત માહિતીનો ઉપયોગ ‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌\_\_\_\_\_\_\_ વિભાગ, નવી સિવિલ હોસ્પિટલ અને ગવર્નમેંટ મેડીકલ કોલેજ, સુરતના તબીબો કરી શકશે અને આ માટે હું તેમને પરવાનગી આપું છું.

આ સાથે હું અભ્યાસમાં ભાગ લેવાની પરવાનગી આપું છું.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ તારીખ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

સહી/ડાબા હાથના અંગુઠાનું નિશાન સ્થળ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ભાગ લેનારનું નામ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

પૂરું સરનામું: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ તારીખ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

મુખ્ય તપાસકર્તાની સહી : સ્થળ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

આથી પ્રમાણિત કરવામાં આવે છે કે ઉપરોક્ત સંમતિ મારી હાજરીમાં લેવામાં આવી છે.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ તારીખ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

સાક્ષીની સહી સ્થળ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

મુખ્ય તપાસકર્તાનું નામ :

મુખ્ય તપાસકર્તાનો ટેલિફોન નંબર:

૧. મુખ્ય તપાસકર્તાની કોપી

૨. દર્દી ની કોપી

**दर्दी का जानकारीपूर्ण सहमति पत्रक**

अभ्यास हेतु दर्दी का पहचान क्रमांक: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

इस अभ्यास का शीर्षक: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

जानकारी पत्रक में दी गयी सभी चीज़ों के बारे में दिनांक\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_को मुझे अपनी भाषा में समझाया गया है / मैंने ध्यान से पढ़ा है और मैंने सभी चीज़ों को अच्छी तरह से समज लिया है। मुझे सवाल पूछने का पूरा मौका दिया गया है।

इस अभ्यास की प्रकृति और उद्देश और संभावित लाभ /जोखिम और संभावित समय, और अभ्यास की पूरी जानकारी विस्तार से समझाई गयी है। मैं यह जानता/जानती हूँ की मैं अपनी इच्छा से इस अभ्यास में भाग ले रहा/रही हूँ, और मैं कभी भी कोई भी वजह बताये बिना अपना नाम निकल सकता/सकती हूँ।

और मुझे बताया गया है कि इसका मेरे इलाज पे या दुसरे किसी भी अधिकार पे कोई असर नहीं पड़ेगा।

मैं यह जानता/जानती हूँ कि यह अभ्यास द्वारा जो जानकारी इकठ्ठा होगी वो और अन्य कोई वैदकीय जानकारी का इस्तेमाल ‌‌‌‌‌\_\_\_\_\_\_\_ विभाग, नया सिविल हास्पिटल, सूरत के डाक्टर इसकी जांच-पड़ताल कर सकते हैं और मैं इन लोगों को मेरी पहचान गोपनीय रखने की शर्त पर इस्तेमाल करने की सहमति देता/देती हूँ।

मैं अभ्यास में सहभागी होने की सहमति देता/देती हूँ।

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर/ उलटे अंगूठे की छाप)

दर्दी का नाम \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

पूरा पता\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ की ऊपर दी गयी सहमति मेरे सामने ली गयी है।

गवाह के हस्ताक्षर\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

गवाह का नाम\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

मुख्य तपासकर्ता के हस्ताक्षर:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

मुख्य तपासकर्ता:

टेलीफोन नंबर :

दिनांक\_\_\_\_\_\_\_\_\_

जगह\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

१.मुख्य तपासकर्ता की कापी

२.दर्दी की कापी