



সারক্লাজ সুচার টাইপ ফর অ্যান ইনসার্ফিসিয়েন্ট সারভিক্স অ্যান্ড ইটস ইফেক্ট অন
হেলথ আউটকামস (সি-স্টিচ)

মুখ্য তদন্তকারী (সিআই, CI), মিস্টার ফিলিপ টুজ-হবসন

দয়া করে প্রতি বাক্সে
নামের আদ্যাক্ষর লিখুন

সম্মতিপত্র

আমি বুঝতে পারছি যে, সাধারণ মাতৃত্বকালীন সেবার অংশ হিসেবে আমার জরায়ুমুখ সেলাই আবশ্যিক।

আমি নিশ্চিত করছি যে, এ সংক্রান্ত তারিখের সি-স্টিচ [C-STICH] তথ্য-পত্র সংস্করণ (সি-স্টিচ ইনফরমেশন শিট ভার্শন) আমি পড়েছি এবং তা বুঝতে পেরেছি। প্রদত্ত তথ্য বিবেচনার সুযোগ আমি পেয়েছি এবং আমার সকল প্রশ্নের সন্তোষজনক জবাব পেয়েছি।

আমি বুঝতে পারছি যে, আমার সেলাইয়ের ক্ষেত্রে একক তন্তুর সূতা কিংবা বোনো সূতার মধ্যে কোন ধরণের সূতা ব্যবহার করা হবে তা বাছাই করা হবে যথেষ্টভাবে সেলাইয়ের জন্য কোন ধরণের সূতা ব্যবহৃত হয়েছে তা আমি জানতে পারব না।

আমি বুঝতে পারছি যে, এই অধ্যয়ন-গবেষণায় আমার অংশগ্রহণ স্বেচ্ছাসেবামূলক--কোনো কারণ না দেখিয়ে যেকোনো সময় আমি নিজেকে প্রত্যাহার করে নিতে পারব আর তাতে আমার চিকিৎসাসেবা অথবা আইনি অধিকার কোনোভাবে ক্ষতিগ্রস্ত হবে না। আমি বুঝতে পারছি যে, আমি প্রত্যাহার না করা পর্যন্ত সংগৃহীত তথ্য ব্যবহার করা যেতে পারে।

আমি বুঝতে পারছি যে, আমার ডাক্তার গোপনীয়তার শর্ত বজায় রেখে আমার অবস্থার অগ্রগতি বিষয়ে 'বার্মিংহাম ক্লিনিক্যাল ট্রায়ালস ইউনিটের' (বিসিটিইউ, BCTU) কেন্দ্রীয় আয়োজকদের কাছে তথ্য পাঠাবেন।

সি-স্টিচ [C-STICH] অধ্যয়ন-গবেষণায় আমার অংশগ্রহণের কথা আমার জিপিকে জানানোর ব্যাপারে আমি সম্মত।

আমার হাসপাতালে যদি সুযোগ থাকে তাহলে আমার ডাক্তার আমার যোনীতে কী কী ব্যাকটেরিয়া আছে (যদি থাকে) তা যাচাইয়ের জন্য নমুনা পেতে সেখানটা তুলাজাতীয় বিশেষক বস্তু দিয়ে মুছে নিতে এবং/অথবা জরায়ুমুখ সেলাই সরিয়ে নিতে পারবে বলে আমি সম্মতি জানাই।

আমি বুঝতে পারছি যে, স্থানীয় হাসপাতালের নিয়ম অনুযায়ী, এভাবে সংগৃহীত নমুনা পরবর্তীতে ধ্বংস করে ফেলা হবে।

আমি বুঝতে পারছি যে, আমার তথ্যাবলী এবং আমার কাছ থেকে নেওয়া যেকোনো নমুনা শুধুমাত্র চিকিৎসা গবেষণার কাজে ব্যবহার করা হবে এবং যখন গবেষণার ফলাফল প্রকাশিত হবে তখন আমার পরিচয় কোনোভাবেই প্রকাশ করা হবে না।

আমি বুঝতে পারছি যে, আমার নিজের ও সন্তানের মেডিক্যাল নোট, অর্থাৎ, আমার জিপি যেসকল নোট রাখেন অথবা যে হাসপাতালে আমার সন্তান প্রসব হয়েছে সেখানকার হাসপাতালে যে নোট সাথে, এনএইচএস ডিজিটাল (ইংল্যান্ড এবং ওয়েলস) অথবা আইএসডি স্কটল্যান্ড এবং যুক্তরাজ্যের অন্যান্য কেন্দ্রীয় এনএইচএস [NHS] সংস্থাসমূহ কর্তৃক সংগৃহীত আমার ও আমার সন্তানের চিকিৎসাসংক্রান্ত তথ্যাবলীর প্রাসঙ্গিক অংশ ব্যবহৃত হতে পারে বা সেগুলো দেখা হতে পারে ইউনিভার্সিটি অব বার্মিংহাম ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল ইউনিট, প্রযোজকের প্রতিনিধি, নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষ অথবা এনএইচএস [NHS] ট্রাস্টকে আমার রেকর্ডে সরাসরি প্রবেশ করার অনুমতি আমি প্রদান করছি।

সংগৃহীত তথ্য যা আমাকে আমার নামে চেনায়, (সম্মতিপত্র), যেখানে সংগৃহীত হয়েছে সেখান থেকে ইউনিভার্সিটি অব বার্মিংহাম ক্লিনিক্যাল ট্রায়ালস ইউনিটে পাঠানো এবং সংরক্ষণ করা হবে। আমি এই তথ্যের প্রেরণ ও সংরক্ষণে সম্মতি প্রদান করছি।

সি-স্টিচ [C-STICH] গবেষণা-অধ্যয়ন সংশ্লিষ্ট বিষয়সমূহের ব্যাপারে আমি অবগত এবং আমি এতে অংশগ্রহণ করতে সম্মত।

রোগীর নাম

তারিখ

স্বাক্ষর

গবেষকের নাম

তারিখ

স্বাক্ষর

সি-স্টিচ সম্মতিপত্রের ৪ অনুলিপি: ১ টি রোগীর, ১ টি গবেষকের, ১ টি রোগীর হাসপাতালের নোটের জন্য এবং আরও ১ টি বিসিটিইউকে[BCTU] পাঠানোর জন্য।

সি-স্টিচ [C-STICH]

রোগীর ট্রায়াল নম্বর

(যখন রোগীর ক্ষেত্রে যথেষ্টভাবে বাছাই করা হবে তখন পূরণ করুন)