



अपर्याप्त गर्भाशय ग्रीवा के लिए सरक्लाप्ज़ सिवनी (और स्वास्थ्य के परिणामों पर उसका प्रभाव (C-STICH)

कृपया
प्रथमाक्षर करें
प्रत्येक बॉक्स
पर

सहमति पत्र

मुख्य अन्वेषक (सीआई), श्री फिलिप टूज़ होबसन

मैं समझती हूँ कि मेरे मानक गर्भावस्था देखभाल के लिए मुझे गर्भाशय ग्रीवा सिलाई की आवश्यकता है।

मैं इस बात की पुष्टि करती हूँ कि ऊपर लिखित अध्ययन के लिए C-STICH जानकारी शीट संस्करण....., दिनांक को मैंने पढ़ा और समझा हूँ। मुझे जानकारी पर विचार करने का अवसर मिला है और मेरे सवालों का संतोषजनक जवाब मिल गया है।

मैं समझती हूँ कि मेरे सिलाई में इस्तमाल किए गए धागे का प्रकार एक कतरा धागा या एक बुना हुआ धागा के बीच यादृच्छिक चुना जाएगा। धागा का कौन सा प्रकार प्रयोग किया जाता है यह मुझे पता नहीं होगा।

मैं समझती हूँ कि मेरी भागीदारी स्वैच्छिक है, कि मैं किसी भी समय कारण दिए बिना इससे निकलने के लिए स्वतंत्र हूँ और इसके वजह से मेरे चिकित्सीय देखभाल या कानूनी अधिकार प्रभावित नहीं होगा। मैं समझती हूँ कि मेरे हटने तक एकत्रित किए डेटा का उपयोग किया जा सकता है।

मैं समझती हूँ कि मेरा डॉक्टर बर्मिंघम क्लिनिकल ट्रायल्स युनिट (बिसीटीयु) पर केंद्रीय आयोजकों को विश्वास में लेकर मेरी प्रगति के बारे में उनको जानकारी प्रदान करेगा।

मैं इस बात के लिए सहमत हूँ कि C-STICH अध्ययन में मेरी भागीदारी के बारे में मेरे जीपी को सूचित किया जाए।

मैं मानती हूँ कि, जहां उपलब्ध है, मेरे डाक्टर योनि को साफ कर सकते हैं और/या मेरी गर्भाशय ग्रीवा की सिलाई निकाल सकते हैं, और इन नमूनों का उपयोग जीवाणु (यदि कोई हो) मौजूद होने की पहचान के लिए कर सकते हैं।

मैं समझती हूँ कि स्थानीय अस्पताल प्रोटोकॉल के अनुसार इन नमूनों को बाद में नष्ट कर दिया जाएगा।

मैं समझती हूँ कि मेरी जानकारी और कोई भी लिया गया नमूना चिकित्सा अनुसंधान के लिए केवल इस्तेमाल किया जाएगा और मैं किसी भी तरह से पहचानी नहीं जाऊंगी जब परिणामों को सार्वजनिक किया जाएगा।

मैं समझती हूँ कि मेरे, और मेरे बच्चे के मेडिकल नोट्स, अर्थात् मेरे जीपी या अस्पताल में रखे गए, जहां मैंने अपने बच्चे को जन्म दिया, एनएचएस डिजिटल (इंग्लैंड और वेल्स) या आईएसडी स्काटलैंड द्वारा रखे गए डेटा सहित, और अन्य केन्द्रीय यू.के. एनएचएस निकाय द्वारा मेरी और मेरे बच्चे की स्वास्थ्य स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयोग किए जा सकते हैं। मैं

यूनिवर्सिटी आफ बर्मिंघम क्लिनिकल ट्रायल्स यूनिट, प्रायोजक के प्रतिनिधियों, नियामक प्राधिकरणों या एनएचएस ट्रस्ट के व्यक्तियों को मेरे रिकार्ड को सीधे देखने एवं उपयोग करने की अनुमति देती हूँ।

एकत्र किया गया डेटा जो नाम (सहमति फॉर्म) द्वारा मेरी पहचान करता है, इसे जहां से एकत्र किया गया है, वहां से स्थानांतरित किया जाएगा और यूनिवर्सिटी आफ बर्मिंघम क्लिनिकल ट्रायल्स यूनिट में संग्रहीत किया जाएगा। मैं इस डेटा के हस्तांतरण और संग्रहण से सहमत हूँ।

C-STICH अध्ययन में क्या शामिल हैं मैं यह समझती हूँ और इस में भाग लेने को सहमत हूँ।

रोगी का नाम

तारीख

हस्ताक्षर

शोधकर्ता का नाम

तारीख

हस्ताक्षर

C-STICH सहमति पत्रों के ४ प्रतियां: रोगी के लिए एक प्रतिलिपि, शोधकर्ता के लिए एक प्रतिलिपि, मरीज की अस्पताल नोट्स के लिए एक प्रतिलिपि और एक प्रतिलिपि बिसीटीयु के लिए भेजना है।

C-STICH रोगी परीक्षण संख्या:

(जब रोगी बेतरतीब हो तब पूरा करें)