



ایک ناقص عنق رحم کے لیے لگانے والے ٹانکے کی قسم اور صحت کے نتائج پر
اس کے اثرات (C-STICH)

برائے مہربانی ہر
خانے میں نام کا پہلا
حرف لکھیں

سربراہ تفتیش کار (CI) Mr Philip Tooze-Hobson, مسٹر
فلپیپ تووز-ہوبسن

رضامندی فارم

میں سمجھتی ہوں کہ مجھے اپنے حمل کے معمول کی نگہداشت کے طور پر رحم میں ٹانکے کی ضرورت ہے۔

میں تصدیق کرتی ہوں کہ میں نے مذکورہ بالا تحقیق سے متعلق C-STICH کے معلومات نامہ
ورژن.....بتاریخ.....کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے۔ میرے پاس معلومات پر غور کرنے کا موقع تھا،
اور مجھ سے پوچھے گئے کسی بھی سوال کا جواب تسلی بخش طریقے سے دیا گیا۔

مجھے معلوم ہے کہ میرے ٹانکے کے لیے استعمال کردہ دھاگے کا انتخاب بالاتریتب طور پر واحد ریشے والے
دھاگے یا بنے ہوئے دھاگے کے درمیان کیا جائے گا۔ مجھے معلوم نہیں ہوگا کہ کس طرح کے دھاگے کا استعمال
کیا گیا ہے۔

میں سمجھتی ہوں کہ میری شرکت رضاکارانہ ہے، یہ کہ میں کسی بھی وقت، کوئی وجہ بتائے بغیر، اپنی شرکت
سے دستبردار ہونے کومیں آزاد ہوں اور اس سے میری طبی نگہداشت یا قانونی حقوق پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔
مجھے معلوم ہے کہ میری دستبرداری کے وقت تک اکٹھا کردہ ڈیٹا کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔

مجھے معلوم ہے کہ میرے ڈاکٹر، رازداری کے ساتھ، میری پیشرفت کے بارے میں برمنگھم کلینیکل ٹرائلز یونٹ
(BCTU) کے مرکزی منتظمین کو معلومات فراہم کریں گے۔

میں C-STICH مطالعہ میں اپنے حصہ لینے کے بارے میں اپنے GP کو آگاہ کیے جانے پر رضامند ہوں۔

میں اس بات پر متفق ہوں کہ، جہاں دستیاب ہو، میرے ڈاکٹر اندام نہانی سے پہلے لے سکتے ہیں اور/یا میرے عنق رحم سے
ٹانکے نکال سکتے ہیں، اور ان نمونوں کا استعمال اس بات کی شناخت کے لیے کرسکتے ہیں کہ کون (اگر کوئی ہو) سے جراثیم
موجود ہیں۔

مجھے معلوم ہے کہ ان نمونوں کو بعد میں، مقامی ہسپتال کے پروٹوکول کے مطابق ضائع کر دیا جائے گا۔

میں سمجھتی ہوں کہ میری معلومات اور لیے گئے کسی نمونے کو صرف طبی تحقیق کے لیے استعمال کیا جائے گا
اور یہ کہ نتائج کو عوامی کرتے وقت کسی بھی صورت میں میری شناخت نہیں ہوگی۔

مجھے معلوم ہے کہ میرے اور میرے بچے کے طبی نوٹس کے متعلقہ حصے، یعنی جو میرے GP کے پاس ہیں، یا اس ہسپتال
میں ہیں جہاں میں نے اپنے بچے کو جنم دیا ہے، بشمول NHS ڈیجیٹل (انگلیٹڈ اور ویلز) یا ISD سکاٹ لینڈ میں موجود ڈیٹا اور
دیگر مرکزی یو کے NHS اداروں میں موجود ڈیٹا کا استعمال میرے اور میرے بچے کی صحت کی صورتحال کے بارے میں
معلومات فراہم کرنے کے لیے کیا جاسکتا ہے۔ میں یونیورسٹی آف برمنگھم طبی آزمائش یونٹ، کفیل کے نمائندوں، ریگیولیٹری
اتھارٹیز (تنظیمی حکام) یا این ایچ ایس ٹرسٹ کے لوگوں کو اپنے ریکارڈ تک براہ راست رسائی کی اجازت دیتی ہوں۔

اکٹھا کردہ ڈیٹا جس میں میری شناخت بذریعہ نام (منظور فارم) ہو، اس جگہ سے منتقل کیا جائے گا جہاں اسے اکٹھا کیا گیا ہے،
اور اسے یونیورسٹی آف برمنگھم کے طبی آزمائش یونٹ میں ذخیرہ کیا جائے گا۔ میں اس ڈیٹا کی منتقلی اور ذخیرہ پر متفق ہوں۔

مجھے معلوم ہے کہ C-STICH مطالعہ میں کیا شامل ہے اور میں اس میں شرکت کے لیے آمادہ
ہوں۔

مريض کا نام _____ تاریخ _____ دستخط _____

محقق کا نام _____ تاریخ _____ دستخط _____

C-STICH رضا مندی فارموں کی 4 نقول : مريض کے لیے ایک نقل ، محقق کے لیے ایک نقل ، مريض کے ہسپتال کے نوٹس کے لیے ایک نقل اور ایک نقل BCTU کو بھیجوانی جائے .

(مريض کے بلاترتیب انتخاب کے بعد براہ کرم

C-STICH مريض ٹرائل نمبر

اسے مکمل کریں۔)