

PARTICIPANT CONSENT FORM (Annexure 'A')

Centre number:

Study number:

Patient identification number for this trial.....

Title of project:

.....
.....

1. I confirm that I have read and understood the information sheet dated..... for the above study and have had the opportunity to ask questions.

2. 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 rights being affected.

3. I understand that sections of any of my medical notes may be looked at by responsible individuals/investigators or from regulatory authorities where it is relevant to my taking part in research. I give permission for these individuals to have access to my records.

4. I agree to take part in the above study.

Name of the Patient.....

Signature/thumb impression.....

Date.....

Name of person taking consent.....

Signature.....

Date.....

(Annexure 'C')

CONSENTFORM/ संमती पत्र/अनुमतीपत्र

Name:

Case no:

Age/Gender:

Occupation:

Address:

Date:

Contact no:

I, Mr./Ms. _____ hereby consent to undergo the procedure done on me, the nature and effect of which has been explained to me. I also consent to use my investigation results/ photos for research purpose and to publish the data obtained from my procedure in scientific journal, provided, my personal details are kept confidential. I demand no financial benefits from the investigators. I shall in no way hold the doctors treating me responsible for any of the procedures or their consequences whatsoever.

मैं, श्री / श्रीमती पूरे होशोहवास में और बिना किसी दबाव के, स्थानिक भ्रूलप्रक्रियादारा मेरे पर होनेवाली शस्त्रक्रिया को अनुमती देना चाहता / चाहती हूँ. स्थानिक भ्रूलप्रक्रियादारा मेरे पर होनेवाली शस्त्रक्रियाकी प्रक्रिया,उसके फायदे,नुकसान तथा भावी परिणाम के बारे में, डाक्टरजीने सरल शब्दों में मुझे जानकारी दी है.मेरे मूँह से निकाले गए मांस के टुकड़े का संशोधन प्रणाली में उपयोग के लिए तथा मेरी निजी जानकारी गुप्त रखने पर, मेरे मासंपेशी पर हुए संशोधन को प्रकाशित करने के लिए मैं अनुमती देता / देती हूँ . मेरे पर होनेवाली किसीभी प्रकार की शस्त्रक्रिया प्रणाली अथवा परिणामो के लिए, डाक्टरोंको जिम्मेदार नहीं ठहराउँगां.मेरे उपर होनेवाली शस्त्रक्रियाको मैं अनुमती देता / देती हूँ।

मी श्री / श्रीमती..... संपूर्ण शुद्धोमध्ये व कोणाच्याही दबावाखाली न येता, डॉक्टरांनी समजावून सांगिलेल्या, स्थानिक बधीरीकरणाखाली माझ्यावर करण्यात येणा-या शस्त्रक्रियेला संमती देऊ इच्छितो इच्छिते. स्थानिक बधीरीकरणाखाली माझ्यावर करण्यात येणा-या शस्त्रक्रियेचे स्वरूप,संभाव्या धोके, फायदे व तोटे, डॉक्टरांनी मला अवगत होते,अशा शब्दात व्यक्त केले आहेत.माझ्या तोंडातून काढण्यात येण्यया उतीचा वापर संशोधन कार्यास करण्यासाठी तसेच, माझी वैयक्तिक माहिती गुप्त ठेऊन,माझ्यावरील संशोधन परीपत्रकात सादर करण्यासाठी मी परवानगी देतो / देते. माझ्यावर होणा-या शस्त्रक्रियेच्या कोणत्याही कार्य प्रणाली अथवा परिणामाबाबत, मी डाक्टरांना जवाबदार धरणार नाही. माझ्यावर होण्यया शस्त्रक्रियेला मी संमती देतो / देते .

तारीख

हस्ताक्षर अंगुठा

सही

स्थळ स्थळ

Date

signature

place