

**MAULANA AZAD MEDICAL COLLEGE AND ASSOCIATED
LOK NAYAK HOSPITAL, G.I.P.M.E.R & G.N.E.C, NEW DELHI – 110002.
DEPARTMENT OF COMMUNITY MEDICINE
FORM OF INFORMED CONSENT**

I _____ s/d/w of _____, a resident of _____
hereby declare that I give informed consent to participate in the research study titled “**The effect of health education through mobile short message service on adherence to treatment and glycemic control among diabetes patients in a tertiary care hospital in Delhi**”. I have been told in the language I understand that this study involves assessment of adherence to treatment recommendations in diabetes and associated health outcomes through specific questions and measurement of blood sugar, blood pressure, height and weight. I may receive SMS messages for health education for 90 days on the mobile telephone number provided by me. I also understand that the study is meant to determine whether health education through mobile SMS service can help diabetes patients in better self care, understanding and control of diabetes.

I give full consent for being enrolled in the above study and I reserve my rights to withdraw from the study whenever I wish without prejudice of my right to undergo further treatment at Maulana Azad Medical College, New Delhi or its associated Lok Nayak, G.I.P.M.E.R and G.N.E.C.

Name of Subject	Date	Signature of subject
-----------------	------	----------------------

We have witnessed that the patient signed the above form in the presence of his/her free will after fully having understood its contents.

Name of Witness	Date	Signature of witness
Name of Investigator	Date	Signature of Investigator

मौलाना आजाद मेडिकल कॉलेज और एसोसिएटेड लोक नायक हॉस्पिटल , जी.आई.पी.एम्.ई.आर
और जी.न.इ.सी., नई दिल्ली – 110002

सामुदायिक चिकित्सा विभाग

सूचित सहमति फॉर्म

में,

पुत्र / पुत्री / पत्नी,

निवासी

घोषणा करता / करती हूँ कि मैं इस अध्ययन शीर्षक "दिल्ली में एक तृतीयक देखभाल अस्पताल में मधुमेह रोगियों के बीच उपचार के पालन और ग्लाइसेमिक नियंत्रण पर मोबाइल एस एम् एस सेवा के माध्यम से स्वास्थ्य शिक्षा का प्रभाव।" में भाग लेने के लिए सूचित सहमती दे रहा / रही हूँ।

मुझे मेरी समझ आने वाली भाषा में समझाया गया है कि इस अध्ययन में मधुमेह के उपचार में अनुपालन सम्बंधित प्रश्न पूछे जायेंगे और मेरे शुगर जाँच की रिपोर्ट ली जाएगी। मेरा रक्तचाप (बी पी), कद और वजन नापा जायेगा। मेरे द्वारा दिए गए मोबाइल फ़ोन नंबर पर एस एम् एस सेवा के माध्यम से अगले ९० दिनों तक मधुमेह पर स्वास्थ्य शिक्षा भेजी जा सकती है।

मैं समझ गया / गई हूँ कि यह अध्ययन मोबाइल एस एम् एस द्वारा भेजे गए गए स्वास्थ्य शिक्षा का मधुमेह रोगियों में उपचार के अनुपालन और शुगर नियंत्रण पर प्रभाव पता लगाने के लिए किया जा रहा है। मैं अध्ययन में शामिल होने के लिये पूर्ण सहमती देता / देती हूँ और अपने आप को एस अध्ययन से किसी भी समय अलग करने का अधिकार सुरक्षित रखता / रखती हूँ तथा मौलाना आजाद मेडिकल कॉलेज, नई दिल्ली एंड एसोसिएटेड लोक नायक हॉस्पिटल, जी.आई.पी.एम्.ई.आर और जी.न.इ.सी. में आगे के इलाज का अपना हक सुरक्षित रखता / रखती हूँ

सहभागी का नाम

तिथि

सहभागी के हस्ताक्षर

हम रोगी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने एवं अनुमति दिए जाने के पूर्ण साक्षी हैं जो उसने अपनी पूर्ण स्वतंत्र इच्छा एवं समझ के अनुसार किए हैं।

गवाह का नाम

तिथि

गवाह के हस्ताक्षर

अनुसंधानकर्ता का नाम

तिथि

अनुसंधानकर्ता के हस्ताक्षर