

## INFORMED CONSENT FORM

Patients have right not to sign this consent form; refusal to sign the form will not affect their care in any way.

I.....S/O/D/O/W/O.....

hereby give my consent for inclusion for study entitled "Predictors of Mortality at 28-Days in Infection associated AKI in Cirrhosis". I have been told the details of study plan and I understand the methodology. I hereby give my consent for clinical information and other details/investigation of my case may be published in any medical journal / medical books or online medical website by the convener of this study. As a result, I understand that material may be seen by general population. I understand that my name, initials and address will not be published but that anonymity cannot be guaranteed. I am willing to participate in this study and available for follow-up as needed. I can withdraw from this study at any time at my willingness.

Name of Patient \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Name of Witness \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### सूचित सहमति प्रपत्र

मरीजों को इस सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करने का अधिकार है; फॉर्म पर हस्ताक्षर करने से इनकार करने से उनकी देखभाल पर कोई असर नहीं पड़ेगा।

मैं — [REDACTED] — पुत्र / पुत्री / पत्नी श्री [REDACTED] एतद्वारा

"सिरोसिस में संक्रमण से जुड़े तीव्र गुर्दे की जख्म में २८-दिन के भविष्यवक्ता" शीर्षक के अध्ययन के लिए शामिल करने के लिए मेरी सहमति देते हैं। मुझे अध्ययन योजना का विवरण बताया गया है और मैं कार्यप्रणाली को समझता हूँ। मैं एतद्वारा नैदानिक जानकारी के लिए अपनी सहमति देता हूँ और मेरे मामले के अन्य विवरण/जांच को इस अध्ययन के संयोजक द्वारा किसी भी चिकित्सा पत्रिका/चिकित्सा पुस्तकों या ऑनलाइन चिकित्सा वेबसाइट में



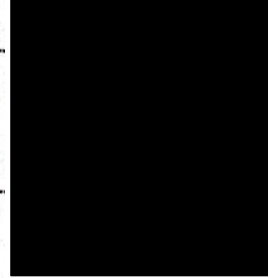
प्रकाशित किया जा सकता है। नतीजतन, मैं समझता हूँ कि सामग्री सामान्य आबादी द्वारा देखी जा सकती है। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरा नाम, आद्याक्षर और पता प्रकाशित नहीं किया जाएगा लेकिन गुमनामी की प्रत्याभूति नहीं दी जा सकती है। मैं इस अध्ययन में भाग लेने के लिए तैयार हूँ और आवश्यकतानुसार अनुवर्ती कार्रवाई के लिए उपलब्ध हूँ। मैं अपनी इच्छा से किसी भी समय इस अध्ययन से पीछे हट सकता हूँ।

मरीज़ का नाम--



---

हस्ताक्षर--



गवाह का नाम --



-----

हस्ताक्षर--