

सहभागी संमती फॉर्म

नाव: [REDACTED]	वय: [REDACTED]
-----------------	----------------

प्रकल्पाचे शीर्षक: केमोथेरपी रुग्णांमध्ये क्रॉनिक हेपेटायटीस बी आणि गुप्त संसर्ग - ऑन्कोलॉजी आणि हेमॅटो-ऑन्कोलॉजी सेटिंग्जमधील मूल्यांकन- निवड अभ्यास

प्रकल्पाचे तपशील मला प्रदान केले गेले आहेत आणि मला माझ्या भाषेत समजावून सांगितले आहेत. मी पुष्टी करतो की मला वरील प्रकल्प समजला आहे आणि मला प्रश्न विचारण्याची संधी मिळाली आहे. मला समजते की माझा अभ्यासातील सहभाग ऐच्छिक आहे आणि मी कोणत्याही वेळी, कोणतेही कारण न देता, सामान्यतः प्रभावित झालेल्या रुग्णालयाद्वारे प्रदान केल्या जाणाऱ्या वैद्यकीय सेवेशिवाय माघार घेण्यास मोकळे आहे. या अभ्यासातून उद्भवलेल्या कोणत्याही डेटा किंवा परिणामांचा वापर प्रतिबंधित न करण्याबाबत मी सहमत आहे, जर असा वापर केवळ वैज्ञानिक हेतू(चे) साठी असेल. मला अभ्यासाचा तपशील देणारी माहिती पत्रक देण्यात आले आहे. मी वरील अभ्यासात भाग घेण्यास पूर्णपणे संमती देतो. मला हे देखील समजले आहे की नमुना सिकल सेल रोग आणि जनुकीय तपासणीसह आदिवासी आरोग्याशी संबंधित इतर अभ्यासांसाठी वापरला जाऊ शकतो.

सहभागीचे नाव आणि स्वाक्षरी: [REDACTED]

तपासनीसाचे नाव आणि स्वाक्षरी : [REDACTED]

co-investigator

सहभागी संमती फॉर्म

न		वयः 56
---	--	--------

प्रकल्पाचे शीर्षक: केमोथेरपी रुग्णांमध्ये क्रॉनिक हेपेटायटीस बी आणि गुप्त संसर्ग - ऑन्कोलॉजी आणि हेमॅटो-ऑन्कोलॉजी सेटिंग्जमधील मूल्यांकन- निवड अभ्यास

प्रकल्पाचे तपशील मला प्रदान केले गेले आहेत आणि मला माझ्या भाषेत समजावून सांगितले आहेत. मी पुष्टी करतो की मला वरील प्रकल्प समजला आहे आणि मला प्रश्न विचारण्याची संधी मिळाली आहे. मला समजते की माझा अभ्यासातील सहभाग ऐच्छिक आहे आणि मी कोणत्याही वेळी, कोणतेही कारण न देता, सामान्यतः प्रभावित झालेल्या रुग्णालयाद्वारे प्रदान केल्या जाणाऱ्या वैद्यकीय सेवेशिवाय माघार घेण्यास मोकळे आहे. या अभ्यासातून उद्भवलेल्या कोणत्याही डेटा किंवा परिणामांचा वापर प्रतिबंधित न करण्याबाबत मी सहमत आहे, जर असा वापर केवळ वैज्ञानिक हेतू(चे) साठी असेल. मला अभ्यासाचा तपशील देणारी माहिती पत्रक देण्यात आले आहे. मी वरील अभ्यासात भाग घेण्यास पूर्णपणे संमती देतो. मला हे देखील समजले आहे की नमुना सिकल सेल रोग आणि जनुकीय तपासणीसह आदिवासी आरोग्याशी संबंधित इतर अभ्यासांसाठी वापरला जाऊ शकतो.

सहभागीचे नाव आणि स्वाक्षरी: _____

तपासनीसाचे नाव आणि स्वाक्षरी : _____

Co-Investigator

सहभागी संमती फॉर्म

नाव:

वयः

प्रकल्पाचे शीर्षक: केमोथेरपी रुग्णांमध्ये क्रॉनिक हेपेटायटीस बी आणि गुप्त संसर्ग - ऑन्कोलॉजी आणि हेमॅटो-ऑन्कोलॉजी सेटिंग्जमधील मूल्यांकन- निवड अभ्यास

प्रकल्पाचे तपशील मला प्रदान केले गेले आहेत आणि मला माझ्या भाषेत समजावून सांगितले आहेत. मी पुष्टी करतो की मला वरील प्रकल्प समजला आहे आणि मला प्रश्न विचारण्याची संधी मिळाली आहे. मला समजते की माझा अभ्यासातील सहभाग ऐच्छिक आहे आणि मी कोणत्याही वेळी, कोणतेही कारण न देता, सामान्यतः प्रभावित झालेल्या रुग्णालयाद्वारे प्रदान केल्या जाणाऱ्या वैद्यकीय सेवेशिवाय माघार घेण्यास मोकळे आहे. या अभ्यासातून उद्भवलेल्या कोणत्याही डेटा किंवा परिणामांचा वापर प्रतिबंधित न करण्याबाबत मी सह^{Text}मत आहे, जर असा वापर केवळ वैज्ञानिक हेतू(चे) साठी असेल. मला अभ्यासाचा तपशील देणारी माहिती पत्रक देण्यात आले आहे. मी वरील अभ्यासात भाग घेण्यास पूर्णपणे संमती देतो. मला हे देखील समजले आहे की नमुना सिकल सेल रोग आणि जनुकीय तपासणीसह आदिवासी आरोग्याशी संबंधित इतर अभ्यासांसाठी वापरला जाऊ शकतो.

सहभागीचे नाव आणि स्वाक्षरी:

तपासनीसाचे नाव आणि स्वाक्षरी :