



INSTITUTE OF LIVER & BILIARY SCIENCES

(An Autonomous Society under Government of NCT of Delhi)

D-1, Vasant Kunj, New Delhi, India

Phone No: 64703890, 64703891, 26123504

Email: info@ilbs.in, Website: <http://www.ilbs.in>

INFORMED CONSENT FORM

Study title: Study of thickness of tongue by ultrasound and its relation with severity of disease in patients with cirrhosis of liver.

अध्ययन शीर्षक: अल्ट्रासाउंड से जीभ की मोटाई के अध्ययन और जिगर की सिरोसिस से पीड़ित रोगियों में रोग की गंभीरता के साथ सह - संबंध का भावी अध्ययन ।

Study Site: Institute of Liver and Biliary Sciences (ILBS), New Delhi.

अध्ययन केंद्र: इंस्टिट्यूट ऑफ लीवर और बिलिअरी साइंसेज (आइ० एल० बी० एस०) नई दिल्ली.

Study Principal Investigator: Dr. Manish Tandon

अध्ययन के प्रमुख अन्वेषक: डा. मनीष टंडन

I confirm that I have read and understood the information as provided in the information sheet for the above study and have had the opportunity to ask questions.

मैं यह पुष्टि करती/करता हूँ की मैंने सूचना पत्र में दी हुई सारी जानकारी पढ़ ली है एवं समझ ली है और मुझे प्रश्न पूछने का पूरा अवसर प्रदान किया गया है।

I understand that the Principal investigator or his team member or members of the Ethics Committee will not need my permission to look at my health records both in respect of the current study and any further research that may be conducted in relation to it, even if I withdraw from the trial. I agree to this access. However, I understand that my identity will not be revealed in any information released to third parties or published.

मुझे इस बात का ज्ञान है की मुख्य चिकित्सक एवं उनके टीम के कोई भी सदस्य या आचार समिति के कोई सदस्य को मेरी सहमति की जरूरत नहीं पड़ेगी यदि वो मेरे स्वास्थ्य अभिलेख को देखते हैं चाहे इस अध्ययन के सन्दर्भ में अथवा किसी भी भविष्य के अध्ययन के सन्दर्भ में, चाहे मैं इस अध्ययन से निकल भी जाऊं। मैं उनके इस पहुँच से सहमत हूँ। मैं यह समझता हूँ की मेरी पहचान गुप्त रखी जायेगी एवं किसी भी अन्य संस्था को नहीं दी जायेगी अथवा प्रकाशित की जायेगी।

I agree not to restrict the use of any data or results that arise from this study provided such a use is only for scientific purpose(s).

Annexure 3

मैं अपनी सहमति देती/देता हूँ की इस अध्ययन से उत्पन्न जानकारी का इस्तेमाल किसी भी वैज्ञानिक उपयोग के लिए किया जा सकता है।

I agree to take part in the above study.

मैं इस अध्ययन में हिस्सा लेने के लिए अपनी पूर्ण सहमति देती/देता हूँ।

Signature (or Thumb impression) of the Patient/Legally Acceptable Representative:

मरीज़ या उसके कानूनी रूप से स्वीकार्य प्रतिनिधि का हस्ताक्षर

Date: _____/_____/_____

दिनांक: _____/_____/_____

Signatory's Name: _____

हस्ताक्षर करने वाले का नाम: _____

Signature of the Investigator: _____

चिकित्सक के हस्ताक्षर: _____

Date: _____/_____/_____

दिनांक: _____/_____/_____

Investigator's Name: _____

चिकित्सक का नाम: _____