

सूचित पत्र

अध्ययन का शीर्षक : महिलाओं में गर्भावस्था के दौरान और उनके जीवन साथियों में डायबिटीज़ मेलिटस होने पर ग्लूकोज सहनशीलता के वितरण का अध्ययन करना।

**प्रतिभागी का
जीवन साथी**

श्री / श्रीमती / सुश्री

पहला नाम

आखिरी नाम

____/____/____; ____ वर्ष
जन्म तिथि (दि./म./वर्ष); आयु

जीवन साथी का आईडी :

कृपया नीचे हस्ताक्षर करने से पहले यह जानकारी पढ़ें :	स्थान [X]
मुझे पता है और मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपरोक्त अध्ययन के लिए दिए गए प्रतिभागी सूचना पत्र की जानकारी को पढ़ा और समझा है / मुझे समझाया गया है तथा प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है।	[]
(ii) मुझे पता है कि इस अध्ययन में मेरी भागीदारी स्वैच्छिक है और मैं कोई कारण बताए बिना, अपनी चिकित्सा देखभाल या कानूनी अधिकारों में कमी आए बिना किसी भी समय इस अध्ययन से वापस जा सकता हूँ।	[]
मुझे पता है कि अनुसंधान दल, विश्व विद्यालय प्राधिकरण, एथिक्स समिति और विनियामक प्राधिकारियों को इस अध्ययन या अन्य किसी अनुसंधान के लिए मेरे स्वास्थ्य रिकॉर्ड देखने हेतु मेरी अनुमति की जरूरत नहीं होगी, चाहे मैं अध्ययन से वापस चला जाऊँ। मैं इसके लिए सहमत हूँ। जबकि मैं समझता हूँ कि तीसरे पक्ष को दी जाने वाली या प्रकाशित की जाने वाली जानकारी में मेरी पहचान प्रकट नहीं की जाएगी।	[]
(iv) मैं सहमत हूँ कि इस अध्ययन के परिणामों से प्राप्त किसी जानकारी या नतीजे को केवल वैज्ञानिक उद्देश्य में इस्तेमाल किया जाएगा जिसे मैं प्रतिबंधित नहीं करूँगा।	[]
(v) मुझे इस सूचना पत्र और सहमति पत्र की प्रति रखने के लिए दी गई है। इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर से मेरे कानूनी अधिकार समाप्त नहीं होते हैं।	[]

प्रतिभागी के के जीवन साथी का हस्ताक्षर /
अंगूठे का निशान

दिनांक : ____ / ____ / ____

प्रतिभागी के जीवन साथी का का मुद्रित नाम

दिनांक : ____ / ____
/ ____

अन्वेषक का मुद्रित नाम

गवाह के हस्ताक्षर (या कानूनी प्रतिनिधि)

दिनांक : ____ / ____ / ____

गवाह का मुद्रित नाम (या कानूनी प्रतिनिधि)

सूचित पत्र (पुरुष के लिए)

अध्ययन का शीर्षक : उच्च जोखिम वाली गर्भवती महिलाओं (जेस्टेशनल डायबिटीज मेलिटस / अधिक वजन वाली / मोटी / पहले से डायबिटीज से प्रभावित) के जीवन साथियों में असामान्य ग्लूकोज सहनशीलता पैदा करने वाले जोखिम कारकों और ग्लूकोज सहनशीलता के वितरण का मूल्यांकन करना : एक प्रकरण नियंत्रण अध्ययन।

प्रतिभागी

श्री _____

पहला नाम _____ आखिरी नाम _____

____/____/____; _____ वर्ष
जन्म तिथि (दि./म./वर्ष); आयु

प्रतिभागी आईडी :

कृपया नीचे हस्ताक्षर करने से पहले यह जानकारी पढ़ें :	स्थान [X]
मुझे पता है और मैं पुष्टि करता हूं कि मैंने उपरोक्त अध्ययन के लिए दिए गए प्रतिभागी सूचना पत्र की जानकारी को पढ़ा और समझा है / मुझे समझाया गया है तथा प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है।	[]
(ii) मुझे पता है कि इस अध्ययन में मेरी भागीदारी स्वेच्छिक है और मैं कोई कारण बताए बिना, अपनी चिकित्सा देखभाल या कानूनी अधिकारों में कमी आए बिना किसी भी समय इस अध्ययन से वापस जा सकता हूं।	[]
मुझे पता है कि अनुसंधान दल, विश्व विद्यालय प्राधिकरण, एथिक्स समिति और विनियामक प्राधिकारियों को इस अध्ययन या अन्य किसी अनुसंधान के लिए मेरे स्वास्थ्य रिकॉर्ड देखने हेतु मेरी अनुमति की जरूरत नहीं होगी, चाहे मैं अध्ययन से वापस चला जाऊं। मैं इसके लिए सहमत हूं। जबकि मैं समझता हूं कि तीसरे पक्ष को दी जाने वाली या प्रकाशित की जाने वाली जानकारी में मेरी पहचान प्रकट नहीं की जाएगी।	[]
(iv) मैं सहमत हूं कि इस अध्ययन के परिणामों से प्राप्त किसी जानकारी या नतीजे को केवल वैज्ञानिक उद्देश्य में इस्तेमाल किया जाएगा जिसे मैं प्रतिबंधित नहीं करूंगा।	[]
(v) मुझे इस सूचना पत्र और सहमति पत्र की प्रति रखने के लिए दी गई है। इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर से मेरे कानूनी अधिकार समाप्त नहीं होते हैं।	[]

--	--

_____ दिनांक : ____ / ____ / ____
प्रतिभागी का हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

_____ दिनांक : ____ / ____ / ____
प्रतिभागी का मुद्रित नाम

_____ अन्वेषक का मुद्रित नाम

_____ दिनांक : ____ / ____ / ____
गवाह के हस्ताक्षर (या कानूनी प्रतिनिधि)

_____ गवाह का मुद्रित नाम (या कानूनी प्रतिनिधि)