**BHOPAL MEMORIAL HOSPITAL & RESEARCH CENTRE**

**Department of Research in Medical Biotechnology**

**Raisen By-Pass Road, Bhopal- 462038**

**INFORMED CONSENT**

**I /(LAR ),**

**the undersigned…...…………………………………………S/o,D/o,W/o………………………………………… Age/sex………….……with my free will and consent agree to participate in the project entitled “Biomarker based assisted prognosis of gliomas : a pilot study.” as a study.**

**I have been informed that this project is for the study of gliomas ,as I may suffer from ( in case of subject)). I have been told about objectives of this project and have been informed that these are to develop a better approach for diagnosis and treatment. I will willingly be a part of these studies and any tests that will be done for follow up. I have been explained and have understood the necessity and the nature of all the investigative procedures. I also understand that the diagnosed profile of my tissue sample generated will help in further understanding the state of brain tissue.**

**I understand that tests will be performed with 1cm of tissue sample and 5ml of blood that will be taken thrice from the routine clinical procedure being performed. I have been told that I do not have to spend any money to participate in this project. I understand that if I have any questions about the study the investigating physician will clarify the same to my satisfaction. I understand that during the project, without informing any reason I can withdraw my participation in this project.**

**I hereby state that I am aware of all issues involved and give my consent to the investigator(s) associated with this study to release information obtained as a result of my participation in this study to any scientific forum for the betterment of understanding the state of human gliomas and that my identity will not be revealed and privacy and confidentiality will be maintained. During the study, if some results are of some benefit to the participants, the same will be conveyed to them by the physician. Thus having fully understood the procedure and implications of the above study, I agree to participate in the same.**

**To become a part of this project, I hereby sign and confirm the following:**

* **I have read all the information in this informed consent form and I have had adequate time to think about it.**
* **All my questions have been answered to my satisfaction.**
* **I voluntarily agree to participate in this project, to follow the necessary procedures and to provide necessary information to the investigators.**
* **I understand that I can freely choose to stop being a part of this study at any time.**

**Patient/ Subject / Signature of Subject/**

**Legal Authorized Representative Legal Authorized Representative Date**

**(LAR)**

**Witness’s name Witness’s Signature Date**

**Name of Investigator Signature of Physician Date**

**BHOPAL MEMORIAL HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE**

**DEPARTMENT OF RESEARCH IN MEDICAL BIOTECHNOLOGY**

**Raisen by-pass road, Bhopal-462038**

**सूचित सहमती- पत्र**

मैं / एल ए आर ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ पुत्र / पुत्री / पत्नी \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_उम्र \_\_\_\_लिंग \_\_\_  अपनी स्वेच्छा से सहमत हूँ और प्रोजेक्ट में भाग लेने हेतु जिसका नाम  " ब्योमर्केर बेस्ड अस्सितेद प्रोग्नौसिस आफ ग्लैओमा -अ पायलेट स्टडी “

  मुझे यह जानकारी दी गयी है की यह प्रोजेक्ट एक अध्धयन एवं मस्तिष्क  रोगों के जांच हेतु है, जिससे मैं ग्रसित हो सक्ता हूँ l इस प्रोजेक्ट के विषय में मुझे जानकारी दी गयी है कि हम इसके द्वारा बेहतर तरीके से  मस्तिष्क रोग की सूक्ष्म गुत्थियो को जान सकेंगे l मैं स्वेच्छा से इस अध्धयनरत   मस्तिष्क  उतक  के जांच करवाने के लिए सहमत हूँ l मुझे यह बताया गया है कि जांच के दौरान इसकी क्या आवश्यकता हैं l मैं यह भी समझ चूका हूँ कि मेरे  मस्तिष्क उतक  के नमूने से जो   मस्तिष्क  रोग कि जानकारी प्राप्त होगी, वह मेरे इलाज में मददगार होगी l

मैं यह समझ चूका हूँ कि 1.0 से.मी उतक ,5 ml रक्त की जांच तीन बार होगी जो विधि नियमानुसार की जा रही चिकित्सा क्रिया में से लिया जायेगा I इस जांच में मेरा कोई पैसा खर्च नहीं होगा l मुझे बताया गया है कि इस अध्धयन के दौरान अगर मेरे कोई प्रश्न होंगे तो उनका जवाब जांच कर रहे चिकित्सक मुझे संतोषप्रद दे देंगें l मुझे यह अधिकार होगा कि में इस प्रोजेक्ट से अपनी प्रतिभागिता वापस ले सकता हूँ l

मैं अपनी सहमती देता हूँ कि जांच से जुड़े व्यक्ति किसी भी वैज्ञानिक फोरम को, मुझ पर हुई जांच के परिणाम को बता सकेंगे, जिससे और बेहतर इलाज हेतु प्रयास किये जा सकेंगे, परन्तु मेरी व्यक्तिगत पहचान गुप्त रखी जावेगी l अध्धयन के दौरान  परिणाम यदि प्रोजेक्ट में प्रतिभागी से सम्बंधित होंगे तो मुझे बताया जावेगा l इस प्रकार में पूरी तरह से प्रक्रिया को समझ चूका हूँ l  
मैं / एल ए आर , इस प्रोजेक्ट में हिस्सेदiरी हेतु हस्ताक्षर करता हूँ  और निम्न लिखित को सुनिश्चित करता हूँ I

·         मैंने सभी सूचनाओ को पढ़ लिया है तथा इस पर पूर्ण रूप से विचार कर लिया है I

·         मेरे सभी प्रश्नों का जवाब मुझे मिल चूका हैं I

·         मैं स्वयं स्वेछा से इस प्रोजेक्ट में हिस्सा लेने हेतु तथा जांच दल को पूर्ण जानकारी एवं सहयोग प्रदान करूँगा I

मै समझ गया हूँ कि , मै  इस प्रोजेक्ट से किसी भी समय अपने को अलग कर सकता हूँ I

मरीज़ का नाम /.............................................. हस्ताक्षर ....................... दिनांक ......................

लीगल औथराइज़ड रिप्रज़ेनटेटीव   लीगल औथराइज़ड रिप्रज़ेनटेटीव

 (एल ए आर)

गवाह का नाम..................................................हस्ताक्षर ...................... दिनांक ........................

जांचकर्ता का नाम ............................................हस्ताक्षर ........................दिनांक ........................