

आंशिक सूचित सहमति फॉर्म (PICF)

प्रोटोकॉल / अध्ययन संख्या: _____

इस परीक्षण के लिए प्रतिभागी की पहचान संख्या: _____

परियोजना का शीर्षक: अल्ट्रासाउंडदूर सेलिए रोबोट बांह का उपयोग करना

और प्रिंसिपल इन्वेस्टिगेटर कानाम रखने के: डॉ. चंद्रशेखर एसएच।

Tel.No (s) 9818869308

नमस्कार। अध्ययन में स्वेच्छा से भाग लेने के लिए धन्यवाद।

COVID-19 ने हाल के दिनों में खतरनाक अनुपात हासिल किया है, फिर भी हम इस बीमारी के बारे में बहुत कम जानते हैं। वायरस के उच्च संचरण के कारण, स्वास्थ्य सेवा को एक बड़ा झटका लगा है। मरीजों के साथ-साथ डॉक्टर भी एक-दूसरे से वायरस प्राप्त करने के डर में हैं। आपका सहयोग हमें अल्ट्रासाउंड करने के लिए एक रोबोट आर्म मॉडल को मान्य करने में मदद कर सकता है, जो की रोगियों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के बीच सुरक्षित दूरी बनाए रखेगा। यह रोबोट मानव संपर्क को कम करके स्वास्थ्य सेवा के लिए एक रिबूट प्रदान कर सकता है और इस प्रकार एक दूसरे से बीमारी के अनुबंध का डर है।

मूल्यांकन की गुणवत्ता को बनाए रखा जाएगा, और रोबोट लगातार एक डॉक्टर द्वारा पर्यवेक्षण किया जाएगा। आप यह सुनिश्चित कर सकते हैं कि आपकी पहचान सामने नहीं आएगी। यदि आप इस फॉर्म को पूरा करते हैं, तो हम केवल आपके अनाम, डी-आईडेंटिड डेटा प्राप्त करेंगे। दरअसल हम आपसे आपका नाम या पता भी नहीं पूछते हैं। यह डेटा केवल उन शोधकर्ताओं को दिया जाएगा जो आपके डेटा का सम्मानपूर्वक उपयोग करने के लिए बुनियादी मानकों का पालन करते हैं।

यदि आप अध्ययन में भाग लेते हैं, तो यह मानवता के लिए एक महान सेवा होगी। हम इस अभ्यास के अंत में एक प्रमाण पत्र के साथ समाज में आपके योगदान का सम्मान करेंगे।

प्रदान की गई सूचना पत्र की सामग्री उस भाषा में है जिसे मैंने ध्यान से पढ़ा है, जिसे मैं समझता हूं, और मैंने सामग्री को पूरी तरह से समझ लिया है। मैं पुष्टि करता हूं कि मेरे पास सवाल पूछने का अवसर है। अध्ययन की प्रकृति और उद्देश्य और इसके संभावित जोखिम / लाभ और अध्ययन की अपेक्षित अवधि, और अध्ययन के अन्य प्रासंगिक विवरण मुझे विस्तार से बताए गए हैं। मैं समझता हूं कि मेरी भागीदारी स्वैच्छिक है और मैं बिना किसी कारण, किसी भी चिकित्सा देखभाल या कानूनी अधिकारों के बिना किसी भी समय वापस लेने के लिए

स्वतंत्र हूँ। मैं समझता हूँ कि इस शोध में मेरी भागीदारी और मेरे किसी भी मेडिकल नोट के अनुभागों द्वारा मेरे बारे में एकत्रित जानकारी को एम्स के जिम्मेदार व्यक्तियों द्वारा देखा जा सकता है।

मैं इन व्यक्तियों को अपने रिकॉर्ड तक पहुंचने की अनुमति देता हूँ। मैं उपरोक्त अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमत हूँ।

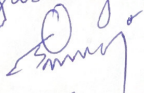
सहमत , असहमत

कृपया हमें इस सहमति को इलेक्ट्रॉनिक रूप से लेने की अनुमति दें, क्योंकि ये रोगी अत्यधिक संक्रामक हैं। मरीजों के मोबाइल फोन पर एक लिंक भेजा जा सकता है, जहां वे सहमत / असहमत होने पर टिक कर सकते हैं। वैकल्पिक रूप से फोन पर उन्हें उसी के लिए उनकी सहमति के लिए कहा जा सकता है

Chandashukhara. S N



Ayushi Agarwal



Shiv

Deepak Rana

Suseha

Gul