

Informed Consent form

I.....Father/Mother/guardian of..... CR No.

..... give my consent (for my child) to participate in the study entitled “Serum adipocytokine profile in children with Kawasaki disease in convalescent stage” to be conducted by Dr. Dibya Lochan Praharaj, in the Department of Pediatrics, PGIMER, Chandigarh under the guidance of Dr. Amit Rawat. The nature of study has been explained to me in my local language and I understand that the study may be beneficial to me and other children with Kawasaki disease. I also understand that my refusal to participate in this study will not affect the ongoing management of my child and I have right to withdraw from study at any time after enrollment.

Signature

Name

Date

Address:

Phone number:

Relationship to patient

Signature of Investigator

Signature of the witness

Name

Name

Date

Date

सूचित सहमति प्रपत्र

मैं केपिता/माता/अभिभावक सीआर
नं।..... शीर्षक के अध्ययन में भाग लेने के लिए (मेरे बच्चे के लिए) मेरी सहमति दें
डॉ अमित रावत के मार्गदर्शन में बाल रोग विभाग, पीजीआईएमईआर, चंडीगढ़ में डॉ दिव्या लोचन
प्रहराज द्वारा आयोजित किया जाने वाला "कावासाकी रोग वाले बच्चों में सीरम एडिपोसाइटोकाइन
प्रोफाइल" का संचालन किया जाएगा। अध्ययन की प्रकृति मुझे मेरी स्थानीय भाषा में समझाया गया है और
मैं समझता हूं कि अध्ययन मेरे और कावासाकी रोग वाले अन्य बच्चों के लिए फायदेमंद हो सकता है। मैं
यह भी समझता हूं कि इस अध्ययन में भाग लेने से इनकार करने से मेरे बच्चे के चल रहे प्रबंधन पर कोई
असर नहीं पड़ेगा और नामांकन के बाद मुझे किसी भी समय अध्ययन से हटने का अधिकार है।

हस्ताक्षर:

नाम:

तारीख:

पता:

फ़ोन नंबर:

रोगी के साथ संबंध:

अन्वेषक के हस्ताक्षर:

गवाह के हस्ताक्षर

नाम:

नाम:

तारीख:

तारीख: