

INFORMED CONSENT

Title of the study:

ASSOCIATION OF TUMOR NECROSIS FACTOR GENE
PROMOTER POLYMORPHISM WITH DIABETIC
NEPHROPATHY AND NON-DIABETIC CHRONIC
KIDNEY DISEASE

I _____ son / daughter / wife of _____
r/o _____ hereby
give my full free voluntary consent to be included as a subject in the study. I
have been explained to my full satisfaction the nature and the aim of the
study. I am also aware of my right to opt out of the study at any point of time
without giving my reasons for doing so.

Sign of the Doctor

Signature or thumb
impression of the patient
Name:
Address:

Sign of Witness

Date:

रोगी का सहमति पत्र

शोध का विषय:

ASSOCIATION OF TUMOR NECROSIS FACTOR GENE
PROMOTER POLYMORPHISM WITH DIABETIC
NEPHROPATHY AND NON-DIABETIC CHRONIC
KIDNEY DISEASE

मैं पुत्र / पुत्री / पत्नी
निवासी अपनी स्वेच्छा से चिकित्सकीय अध्ययन में अपने आपको
सम्मिलित करने की सहमति प्रदान करता/करती हूँ। मुझे सेवा प्रदान करने वाले चिकित्सक ने संतुष्टि
की सीमा तक इस चिकित्सकीय अध्ययन की प्रकृति व उद्देश्य से भली भांति अवगत करा दिया है। मैं
अपने इस अधिकार से अवगत हूँ कि मैं बिना कारण बताये किसी भी समय इस अध्ययन से अलग हो
सकता / सकती हूँ।

चिकित्सक के हस्ताक्षर

रोगी के हस्ताक्षर
अथवा अंगूठे का निशान

दिनांक

INFORMED CONSENT FORM

Title of the study: To study the Nuclear Factor-kappa B1 gene polymorphism in diabetes mellitus, diabetic nephropathy and non-diabetic chronic kidney disease

I _____ son / daughter / wife of _____ r/o
free voluntary consent to be included as a subject in the study. I have been explained to my full satisfaction the nature and the aim of the study. I am also aware of my right to opt out of the study at any point of time without giving my reasons for doing so.

Sign of the Doctor

Signature or thumb
impression of the patient

Name:

Address:

Sign of Witness

Date:

रोगी का सहमति पत्र

शोध का विषय:

To study the Nuclear Factor-kappa B1 gene polymorphism in diabetes mellitus, diabetic nephropathy and non-diabetic chronic kidney disease

मैं पुत्र / पुत्री / पत्नी निवासी
..... अपनी स्वेच्छा से चिकित्सकीय अध्ययन में अपने आपको सम्मिलित करने की सहमति प्रदान करता/करती हूँ। मुझे सेवा प्रदान करने वाले चिकित्सक ने संतुष्टि की सीमा तक इस चिकित्सकीय अध्ययन की प्रकृति व उद्देश्य से भली भाँति अवगत करा दिया है। मैं अपने इस अधिकार से अवगत हूँ कि मैं बिना कारण बताये किसी भी समय इस अध्ययन से अलग हो सकता / सकती हूँ।

रोगी के हस्ताक्षर
अथवा अंगूठे का निशान

चिकित्सक के हस्ताक्षर

दिनांक

गवाह के हस्ताक्षर