

સંશોધનમાં ભાગ લેનારની મુલાકાતની વિગતો
સંસ્થાકીય સદાચાર સમિતિ
એચ.એમ.પટેલ સેન્ટર ફોર મેડિકલ કેર એન્ડ એજ્યુકેશન, કરમસદ

શંશોધન અનુક્રમ નંબર.:

ભાગ લેનારનો ઓળખ નંબર:

મુલાકાતની તારીખ :

૧. શું તમે જે શંશોધનમાં ભાગ લો છો તેના વિશે માહિતગાર છો ?
 ૨. તમને આ ક્લીનીકલ અજમાયશની જાણ કોના મારફતે થઈ ?
 ૩. તમે આ અજમાયશમાં ક્યારે જોડાયા ? તારીખ / સમયગાળો :
 ૪. શંશોધનકર્તા વ્યક્તિનું નામ તથા તેનો નંબર છે. ?
 ૫. શું તમે સંમતિ આપતાં પહેલાં તમને આપેલી માહિતી વિશે આશ્વસ્ત છો ?
 ૬. શું તમારા પરિવારજનો તમારી આ અજમાયશમાં ભાગીદારી સાથે સંમત છે. ?
 ૭. શું તમે આના ફાયદા અને નુકશાન વિશે માહિતગાર છો. ?
- જો હા તો :
૮. મહેરબાની કરીને અગત્યના ફાયદા જણાવો ?
 ૯. મહેરબાની કરીને નુકશાન જણાવો ?
 ૧૦. શું તમે આ અજમાયશ સાથે જોડાયેલી વીમા પોલીસી વિશે માહિતગાર છો ?
 ૧૧. શું તમે માહિતગાર છો કે સંસ્થાકીય આચાર સમિતી આ શંશોધનમાં તમારા અધિકારો માટે ઉપલબ્ધ છે. ?
 ૧૨. જો હા તો તમારી પાસે તેઓના સંપર્ક નંબર તથા સરનામા છે. ?
 ૧૩. શુ. તમને ખબર હતી કે આ સંશોધનમાં ભાગ લેવાની ના પાડો તો તમારી બિમારીના ઇલાજમાં ડોક્ટર તરફથી કોઈ ફેર નહિ પડે.

Signature with date