

કાર્યપ્રણાલીનું નામ
કાર્યપ્રણાલીનો રાષ્ટ્રીય આઈડી (ID)

નેશનલ ઈન્સ્ટિટ્યૂટ ફોર હેલ્થ રીસર્ચ
(National Institute for Health Research)

GENVASC અભ્યાસ
જનીન વિષયક અને વાસ્ક્યુલર આરોગ્ય તપાસ કાર્યક્રમ

દર્દીનું નામ, સરનામું, જન્મ તારીખ (અથવા ID લેબલ)

અભ્યાસ નંબર:

સહભાગીઓ માટે સંમતિ પત્રક આવૃત્તિ 4.2 (12મી સપ્ટેમ્બર
2013)

તમે સહમત હોવ તે વિધાનોને દર્શાવવા કૃપા કરીને આદાક્ષર કરો

1	મેં 12મી સપ્ટેમ્બર 2013 તારીખનું સંક્ષિપ્ત કરેલ સહભાગી માહિતી પત્રક આવૃત્તિ 3.0 ને વાંચી છે અને સમજ્યો/સમજી છું તથા 12મી સપ્ટેમ્બર 2013 તારીખની સહભાગી માહિતી પત્રિકા આવૃત્તિ 4.0 આપવામાં આવી છે.	
2	હું લોહીના નમૂનાનો દાન આપવા સહમત છું, અને કાર્ડિયોવાસ્ક્યુલર સંશોધનમાં (ડીએનએ (DNA) સંશોધન સહિત) તેનો ઉપયોગ કરવા મંજૂરી આપું છું. હું સમજું છું કે મારું દાન સ્વૈચ્છિક છે અને તે માટે નમૂનાઓ અંગે કોઈપણ વ્યક્તિગત પ્રતિભાવ મને મળશે નહિં.	
3	હું ભવિષ્યમાં કાર્ડિયોવાસ્ક્યુલર સંશોધન માટે મારા લોહીના નમૂનાઓનો સંગ્રહ કરવા માટે સહમતિ આપું છું.	
4	હું મારા તબીબી રેકોર્ડ્સ પરની માહિતીનો સંગ્રહ કરાવ અને સંશોધન માટે તેનો ઉપયોગ કરાવ તે માટે સહમત છું. હું સમજું છું કે મારી ઓળખ સુરક્ષિત રખાશે અને મારી તબીબી સંભાળ ખાનગી રહેશે.	
5	સંશોધન પ્રાયોજક અને યુકે સત્તાધિકારીઓ સંશોધનને હાથ ધરવાના ઓડિટ માટે મારા રેકોર્ડ્સને એક્સેસ કરી શકશે તેને હું સમજું છું.	
6	હું સહમત થવું છું કે મારી તબીબી સ્થિતિની ભાવિ વિગતો મારા એનએચએસ નંબરનો ઉપયોગ કરીને ડેટાબેઝ શોધોમાંથી મેળવી શકાશે.	

તમે સહમત હોવ તે વિધાનને દર્શાવવા કૃપા કરીને નીચે આદાક્ષર કરો અથવા તમે અસહમત હોવ તે વિધાનને દર્શાવવા X કરો.

7	વૈકલ્પિક ભવિષ્યમાં જો કોઈ યોગ્ય સંશોધન પ્રોજેક્ટ્સ હોય જેમાં હું કદાચ ભાગ લેવાની ઈચ્છા ધરાવું તો સંશોધન ટીમ મારો સંપર્ક કરી શકે તે માટે હું સંમતિ આપું છું. વિનંતીના સમયે સહમત થવા મને કોઈ ફરજ પાડવામાં આવી નથી તે હું સમજું છું. મારું ઈમેઈલ સરનામું નીચે પ્રમાણે છે :	
---	---	--

નીચેની ફિલ્ડ્સને (સહી સિવાય) મોટા અક્ષરોમાં હાથથી લખવી જોઈશે

દર્દીનું નામ : _____ (નામ પ્રિન્ટ કરો)

સંમતિ લેનાર વ્યક્તિ : _____ (નામ પ્રિન્ટ કરો)

હેલ્થ : _____ (દા.ત. સામાન્ય ચિકિત્સક (GP), પ્રેક્ટિસ નર્સ)

સહી : _____

સહી : _____

તારીખ : _____ (dd/mm/yyyy)

તારીખ : _____ (dd/mm/yyyy)

પત્રક1 : સ્થળ ફાઈલ, પત્રક2 : નમૂનો, પત્રક3 : સામાન્ય ચિકિત્સકની તબીબી નોંધો, પત્રક4 : દર્દી

પ્રોજેક્ટ અંગેની પૂછપરછો નીચેના સરનામે કરી શકાય છે :

Leicester Cardiovascular Biomedical Research Unit.
Department of Cardiovascular Sciences, Clinical Science Wing.
Glenfield Hospital, Groby Road. Leicester. LE3 9QP. UK
ટેલિફોન નંબર: 0116 2583385 // ઈમેઈલ: genvasc@le.ac.uk

PISICF આવૃત્તિ 4.2, 12મી સપ્ટેમ્બર 2013