NIHR | Leicester Biomedical Research Centre

ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ ਦਾ ਨਾਂ

ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ ਦਾ ਨੈਸ਼ਨਲ ID

ਨੈਸ਼ਨਲ ਇੰਸਟੀਟਿਊਟ ਫ਼ਾਰ ਹੈਲਥ ਰਿਸਰਚ

(National Institute for Health Research)

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ, ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (ਜਾਂ ਆਈ ਡੀ ਲੇਬਲ)   ਅਧਿਐਨ ਨੰਬਰ:

GENVASC ਅਧਿਐਨ

ਜੈਨੇਟਿਕਸ ਐਂਡ ਦਿ ਵੈਸਕਿਉਲਰ ਹੈਲਥ ਚੈੱਕ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (GENETICS AND THE VASCULAR HEALTH CHECK PROGRAMME) ਸਹਿਭਾਗੀਆਂ ਲਈ ਬਗੈਰ-ਗਵਾਹ ਸਹਿਮਤੀ ਪੱਤਰ

ਸੰਸਕਰਣ 1.1 12/09/2013

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਰਾਜ਼ੀ ਹੋ ਤਾਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣੀ **ਅਗਲੀ** ਅਪੌਇੰਟਮੈਂਟ ਤੇ ਇਸਨੂੰ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਓ **(NHS ਸਿਹਤ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਲਈ ਅਪੌਇੰਟਮੈਂਟ)** ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦਿਓ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਮਿਲੋਗੇ।

	ਇਹ ਦਰਸਾਉਣ ਲਈ ਕਥਨਾਂ ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਮਤ ਹੋ	**ਹਾਂ**	**ਨਹੀਂ**
1.	ਮੈਂ ਸਹਿਭਾਗੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੀਫ਼ਲੈੱਟ (Participant Information Leaflet) ਸੰਸਕਰਣ 4.0 ਤਾਰੀਖ਼ਬੱਧ 12 ਸਤੰਬਰ 2013, ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ।		
2.	ਮੈਂ ਖ਼ੂਨ ਦੇ ਨਮੂਨੇ ਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਕਾਰਡੀਓਵੈਸਕਿਉਲਰ (ਦਿਲ ਅਤੇ ਖ਼ੂਨ ਪਰਵਾਹੀ ਨਾੜੀਆਂ ਸਬੰਧੀ) ਖੋਜ (DNA ਖੋਜ ਸਮੇਤ) ਵਿੱਚ ਇਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਦਾਨ ਵਾਲੰਟਰੀ (ਸਵੈ-ਇੱਛੁਕ) ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਨਮੂਨਿਆਂ ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜਵਾਬੀ ਪ੍ਰਤਿਕਿਰਿਆ ਨਹੀਂ ਮਿਲੇਗੀ।		
3.	ਮੈਂ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਕਾਰਡੀਓਵੈਸਕਿਉਲਰ ਖੋਜ ਲਈ ਆਪਣੇ ਖ਼ੂਨ ਦੇ ਨਮੂਨਿਆਂ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲ ਕੇ ਰੱਖੇ ਜਾਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।		
4.	ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲ ਕੇ ਰੱਖੇ ਜਾਣ ਅਤੇ ਖੋਜ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਪਛਾਣ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਗੁਪਤ ਰਹੇਗੀ।		
5.	ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਖੋਜ ਦੇ ਸਪੌਂਸਰ (ਪ੍ਰਾਯੋਜਕ) ਅਤੇ ਯੂਕੇ ਅਥਾਰਟੀਆਂ ਖੋਜ ਦੇ ਸੰਚਾਲਨ ਦੀ ਜਾਂਚ-ਪੜਤਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਮੇਰੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਸਕਦੇ ਹਨ।		
6.	ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ NHS ਨੰਬਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਡੇਟਾਬੇਸ ਖੋਜਾਂ ਤੋਂ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।		
7.	**ਇਖਤਿਆਰੀ** ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਕੋਈ ਢੁਕਵੇਂ ਖੋਜ ਪ੍ਰੋਜੈਕਟ ਹੋਣਗੇ ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਮੈਂ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਕਰਨੀ ਚਾਹ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਤਾਂ ਉਸਦੇ ਲਈ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਖੋਜ ਟੀਮ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਬੇਨਤੀ ਦੇ ਸਮੇਂ ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਪਾਬੰਦੀ ਅਧੀਨ ਨਹੀਂ ਹਾਂ। ਮੇਰਾ ਈਮੇਲ ਐਡਰੈੱਸ ਹੈ:		

ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਹੇਠਲੇ ਖਾਨਿਆਂ ਵਿੱਚ (ਦਸਤਖ਼ਤ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ) ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਨਾਲ ਲਿਖਿਆ ਜਾਵੇ

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਂ: *(ਨਾਂ ਛਾਪੋ)*
ਪਤਾ:
ਟਾਊਨ:
ਪੋਸਟਕੋਡ:
ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ:
ਦਸਤਖ਼ਤ:
ਤਾਰੀਖ: *(dd/mm/yyyy)*

ਸ਼ੀਟ 1: ਸਾਈਟ ਫ਼ਾਈਲ, ਸ਼ੀਟ 2: ਨਮੂਨਾ, ਸ਼ੀਟ 3: GP ਡਾਕਟਰੀ ਟਿੱਪਣੀਆਂ, ਸ਼ੀਟ 4: ਮਰੀਜ਼

ਪ੍ਰੋਜੈਕਟ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿਛ ਇੱਥੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ:

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

UWICF ਸੰਸਕਰਣ 1.1,12/09/2013