SRI SHRIDEVI CHARITABLE TRUST (R.)
HRIDEVI INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES & RESEARCH HOSPITAL
NH-04, SIRA ROAD, TUMKUR – 572106, KARNATAKA
(Recognised by NMC, New Delhi & Approved by Govt. of Karnataka & Affiliated to Rajiv Gandhi University of Health Sciences, Bengaluru)
PH: 0816-2212192 I 2212194 I 2211999, FAX: 0816-2212913 I 08162212195 Email: Web: www.shridevimedical.org

ಮಾಹಿತಿಯುಕ್ತ ಒಪ್ಪಿಗೆ

ನನಗೆ ಈ ಸಂಶೋಧನಾ ಯೋಜನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಓದಿ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದ್ದು, ನನಗೆ ಅರ್ಥವಾಗುವ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಶೀರ್ಷಿಕೆ:

ಈ ಕುರಿತು ನಾನು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ಕೇಳುವ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದೇನೆ. ನಾನು ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ನನಗೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ. ನಾನು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಲು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

ಭಾಗವಹಿಸುವವರ ಹೆಸರು: ____________________

ಭಾಗವಹಿಸುವವರ ಸಹಿ: _____________________

ದಿನಾಂಕ: ____________

ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಹೇಳಿಕೆ

ಭಾಗವಹಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪತ್ರವನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಓದಿ ಕೇಳಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅವರಿಗೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ಕೇಳುವ ಅವಕಾಶ ನೀಡಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಸಾಕ್ಷ್ಯ ಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿದ್ದಾನೆ/ನೀಡಿದ್ದಾಳೆ ಎಂಬುದನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಸಹಿ: …………

ಎಡ ಬೆರಳಗುರುತು

ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಹೆಸರು: ________ ದಿನಾಂಕ: …………

ಸೂಚನೆ: ಓದುಬಲ್ಲ ಸಾಕ್ಷಿದಾರರು ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕು (ಸಾಧ್ಯವಾದಲ್ಲಿ, ಈ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಭಾಗವಹಿಸುವವರು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬೇಕು ಮತ್ತು ಈ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಸಂಶೋಧನಾ ತಂಡದೊಂದಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಂಬಂಧ ಇರಬಾರದು).

ಸಾಕ್ಷಿದಾರರು ಓದಲು ಬರೆಯಲು ತಿಳಿಯದವರಾದರೆ, ಅವರ ಎಡ ಬೆರಳಗುರುತನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು.

ಸಂಶೋಧಕ / ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪಡೆಯುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೇಳಿಕೆ

ನಾನು ಈ ಮಾಹಿತಿಪತ್ರವನ್ನು ಭಾಗವಹಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಓದಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಮಟ್ಟಿಗೆ, ನಡೆಸಲಾಗುವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅವರು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ಕೇಳಲು ಭಾಗವಹಿಸುವವರಿಗೆ ಅವಕಾಶ ನೀಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅವರು ಕೇಳಿದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಈ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ಒತ್ತಡವಿಲ್ಲದೆ, ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪತ್ರದ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಭಾಗವಹಿಸುವವರಿಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಸಂಶೋಧಕರ / ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪಡೆಯುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು: ___________

ಸಂಶೋಧಕರ / ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪಡೆಯುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ: ___________

ದಿನಾಂಕ: ________

ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಕೆಳಗಿನ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದು:

………………………………

ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ: _________