|  |  |
| --- | --- |
| **پروٹوکول کا عنوان:** | (In English) Full Title of Protocol |
| **صدر تحقیق کنندہ:** | (In English) PI Name and phone number |
| **ہنگامی رابطہ:** | (In English) Emergency Contact name and phone, cell phone or pager number |

آپ کو ایک تحقیقی مطالعے میں شرکت کی دعوت دی جا رہی ہے۔

اس سے پہلے کہ آپ رضامند ہوں، محقق کو چاہیے کہ وہ آپ کے سامنے متعدد امور کی وضاحت کرے، اس کا آغاز اس معلومات سے کرے جو آپ کو آپ کے اس تحقیق میں شرکت کرنے یا نہ کرنے کے اسباب کو سمجھنے میں سب سے زیادہ مدد کر سکتی ہوں، اس کے بعد دیگر اضافی معلومات کی وضاحت کی جائے۔

ان مور میں شامل ہیں:

* مطالعہ کا مقصد
* مطالعے میں کتنے لوگ شامل ہوں گے اور مطالعہ کب تک چلے گا
* کی جانے والی جانچیں، کارروائیاں اور معالجات
* کون سی جانچیں، کارروائیاں یا معالجات تجرباتی ہیں
* مطالعے سے ہونے والے کوئی بھی خطرات۔ مطالعاتی دوا یا آلہ یا کارروائی سے آپ کو خطرہ لاحق ہو سکتا ہے
* کیا یہ مطالعہ آپ کو کسی صورت میں فائدہ پہنچائے گا
* آپ کو ایسی صورت میں کیسے بتایا جائے گا اگر اس مطالعہ کے بارے میں ایسی نئی معلومات سامنے آتی ہے جس سے اس مطالعہ کو جاری رکھنے کا آپ کا فیصلہ متاثر ہو سکتا ہو
* مطالعہ میں شرکت کے علاوہ آپ کے لیے دستیاب دیگر اختیارات
* مطالعہ کے دوران، آپ کے زخمی ہونے یا آپ کو نقصان پہنچنے کی صورت میں کیا کریں
* کیا آپ کو شرکت کرنے کے لیے کوئی لاگت آئے گی
* کیا آپ کو شرکت کرنے پر ادائیگی کی جائے گی
* وہ اسباب جن کے نتیجے میں محقق مطالعہ میں آپ کی شرکت روک سکتا ہے
* مطالعہ سے متعلق آپ کی معلومات کو کون دیکھ اور استعمال کر سکتا ہے
* آپ کی معلومات اور رازداری کی حفاظت کیسے کی جاتی ہے
* آیا آپ کے ڈیٹا یا حیاتیاتی نمونوں کو جنہیں آپ سے مربوط نہیں جا سکتا، مستقبل کی تحقیق کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے
* یہ کہ اگر آپ کے کسی حیاتیاتی نمونوں کو جمع کیا جاتا ہے تو انہیں تجارتی مقاصد کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے اور کیا آپ اس منافع میں شریک ہوں گے
* کیا طبی طور پر متعلقہ نتائج کو آپ کے سامنے ظاہر کیا جائے گا، اور اگر ایسا ہے تو کن شرائط کے تحت
* یہ کہ آپ کے حیاتیاتی نمونوں پر مکمل جینوم کی ترتیب بندی (آپ کے حیاتیاتی نمونوں سے ایک مکمل ڈی این اے ترتیب کا تعین) مکمل کی جا سکتی ہے، اگر یہ اکٹھا کیا گيا ہو۔

اس مطالعے میں آپ کی شرکت رضا کارانہ ہے۔ اگر آپ شرکت نہ کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں تو آپ کسی بھی وقت مطالعہ چھوڑنے کے لیے آزاد ہیں۔ دستبرداری سے آپ کی مستقبل کی نگہداشت میں کوئی خلل نہیں پڑے گا۔ اگر آپ کے ذہن میں اس تحقیق میں شرکت یا تحقیق کے شرکت کنندہ کے طور پر اپنے حقوق سے متعلق کوئی سوالات ہوں تو اس کے بارے میں اپنے مطالعاتی محقق یا مطالعاتی ٹیم کے اراکین سے ضرور بات کریں۔ آپ تحقیق کے شرکت کنندہ کے بطور اپنے حقوق کے بارے میں 590.2830 (215) پر چلڈرنس ہاسپٹل آف فلاڈلفیا میں واقع IRB دفتر کو بھی کال کر سکتے ہیں۔

آپ کو یہ بتانے کے لیے اس فارم پر دستخط کرنے کے لیے کہا جائے گا کہ

* تحقیقی مطالعہ اور درج بالا معلومات پر آپ کے ساتھ بات چیت کی گئی ہے
* آپ اس مطالعہ میں شرکت کرنے پر اتفاق کرتے ہیں

آپ کو اس دستخط شدہ فارم کی ایک نقل اور مطالعہ کا خلاصہ موصول ہوگا جس کے بارے میں آپ سے بات چیت کی جائے گی۔

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

شرکت کنندہ کا نام **[جلی حروف میں]** شرکت کنندہ کا دستخط (18 سال یا زیادہ عمر) تاریخ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

والدین/سرپرست کا نام **[جلی حروف میں]** والدین/ سرپرست کا دستخط (18 سال سے کم عمر بچوں کے لیے) تاریخ

**گواہ/مترجم**

اس فارم پر دستخط کرکے آپ یہ بتاتے ہیں کہ

* خلاصہ دستاویز، ساتھ ہی ساتھ رضامندی حاصل کرنے والے شخص کے ذریعے دی گئی کوئی اضافی معلومات شرکت کنندہ کی ترجیحی اور اس کے لیے قابل فہم زبان میں پیش کی گئی؛ اور
* شرکت کنندہ کے سوالات کی ترجمانی کی گئی اور رضامندی حاصل کرنے والے شخص کے جوابات شرکت کنندہ کی ترجیحی اور قابل فہم زبان میں پیش کی گئی۔
* رضامندی سے متعلق کانفرنس کے اختتام پر، شرکت کنندہ کی ترجیحی اور قابل فہم زبان میں ان سے پوچھا گیا کہ آیا انہوں نے خلاصہ دستاویز میں مذکور معلومات ساتھ ہی رضامندی حاصل کرنے والے شخص کے ذریعے فراہم کردہ معلومات کو سمجھ لیا ہے (بشمول زیر تحقیق فرد کے سوالات کے جوابات) اور انہوں نے اثبات میں جواب دیا۔

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

گواہ/ ترجمہ کا نام **[جلی حروف میں]** گواہ/ مترجم کا دستخط تاریخ