

# Participant Consent Form



<input type="checkbox"/>	میں نے اوپر لکھے گئے ریسرچ کے لئے مریضوں کا معلوماتی کتابچہ (مورخہ ۱ / ۲۰۲۳) پڑھ / سن کر معلومات کو جانچنے اور سوالات پوچھنے کا موقع ملا ہے۔	1.
<input type="checkbox"/>	میں یہ سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ اس تحقیق میں میری شمولیت رضاکارانہ ہے اور میں کسی بھی وقت بغیر وجہ بتائے اس تحقیق سے علیحدہ ہو سکتا ہوں۔ نیز یہ کہ ایسا کرنے سے میرے علاج پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔	2.
<input type="checkbox"/>	میں محققین کو اپنے علاج کی تفصیلات جاننے کی مکمل اجازت دیتا ہوں۔ نیز یہ کہ وہ اس تحقیق کے غرض سے مجھ سے رابطہ بھی کر سکتے ہیں۔	3.
<input type="checkbox"/>	میں بلاعرض اپنی طبی و دیگر متعلقہ معلومات اس تحقیق میں تجزیے کے لیے استعمال کرنے کی اجازت دیتا / دیتی ہوں۔ نیز یہ کہ میں بخوشی ان معلومات کو محفوظ پاس ورڈ کے ساتھ کمپیوٹر میں مقامی اور برطانیہ کی برمنگھم کی جامیہ میں علیحدہ جگہ پر محفوظ رکھنے کی بھی اجازت دیتا / دیتی ہوں۔	4.
<input type="checkbox"/>	میں نے تمام فوائد و نقصان سمجھ کر اس تحقیق میں شامل ہونے کا فیصلہ کیا ہے۔	5.

Name of Participant

(تحقیق میں شامل ہونے والے شخص کا نام)

Name of Principal Investigator/ nominee taking consent

I, the undersigned, have taken the time to fully explain to the above patient the nature and purpose of this study in a way that they could understand. I have explained the risks involved, as well as the possible benefits. I have invited them to ask questions on any aspect of the study that concerned them.

Signature of participant

شامل ہونے والے شخص کی دستخط

Signature of researcher

Date form signed by participant ( دستخط کی تاریخ )

DD / MM / YYYY

Date form signed by researcher

DD / MM / YYYY

3 copies to be made: 1 for patient, 1 for PI and 1 for hospital