

माहितीपूर्वक संमती प्रपत्र
GlobalSurg 4: कोलेसिस्टेक्टमीचे ज्ञान आणि परिणाम यांचे जागतिक मूल्यमापन (Gecko)
आवृत्ती 1.0 दिनांक 27.02.2023

#	विधान (कृपया वाचा)	सहभागी (प्रत्येक चौकटीत आद्याक्षरे करा किंवा अंगठ्याचा ठसा उमटवा)
1	मी वरील अभ्यासासाठीचे रुग्णासाठीचे माहिती पत्रक (दिनांक DD/MM/YYYY, आवृत्ती ____) वाचले/मला वाचून दाखवण्यात आले असून मला माहितीवर विचार करण्याची आणि प्रश्न विचारण्याची संधी मिळाली आहे.	
2	मला कल्पना आहे की या अभ्यासातील माझा सहभाग पूर्णपणे स्वेच्छानुसार असून मी केव्हाही कोणतेही कारण न देता त्यातून माघार घेऊ शकतो/ते. मला कल्पना आहे की बाहेर पडण्याच्या निर्णयामुळे माझ्या भविष्यातील निगेवर परिणाम होणार नाही.	
3	मी माझ्या वैद्यकीय नोंदी पाहण्याची आणि माझ्या निगेबद्दलची माहिती घेण्याची आणि या संशोधन अभ्यासाचा एक भाग म्हणून माझ्याशी संपर्क साधण्याची परवानगी संशोधकांना देत आहे.	
4	या संशोधन अभ्यासाचा भाग म्हणून माझ्या डेटावर प्रक्रिया करण्यासाठी स्पष्ट माहितीपूर्वक संमती देत आहे. मला कल्पना आहे की अभ्यासाशी संबंधित डेटा पासवर्डने संरक्षित संगणक प्रणालींमध्ये संग्रहित केला जाईल. माझी माहिती सुरक्षित ठेवण्यासाठी त्याचा बँक अप एका वेगळ्या जागी ठेवला जाईल.	
5	मला धोके, लाभ आणि पर्यायांची पूर्ण माहिती देण्यात आली असून मी या संशोधन अभ्यासात भाग घेण्यासाठी संमती देत आहे.	
सहभागीचे नाव		प्रमुख अन्वेषकांचे / संमती घेणाऱ्या नामनिर्देशित व्यक्तीचे नाव
सहभागीची स्वाक्षरी (किंवा अंगठ्याचा ठसा)		संशोधकांची स्वाक्षरी
साक्षीदाराचे नाव		साक्षीदाराची स्वाक्षरी:
सहभागीने स्वाक्षरी केलेला तारीख फॉर्म (किंवा अंगठा छापलेला). DD / MM / YYYY		संशोधकाने स्वाक्षरी केलेला दिनांक फॉर्म DD / MM / YYYY