

**ਸੂਚਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ**  
**ਕੋਲੇਸੀਸਟੈਕਟੋਮੀ ਦੇ ਗਿਆਨ ਅਤੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦਾ ਗਲੋਬਲ ਮੁਲਾਂਕਣ**

ਸੰਸਕਰਨ 1.0 ਮਿਤੀ 27.02.2023

#	ਬਿਆਨ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੜ੍ਹੋ)	ਭਾਗੀਦਾਰ (ਹਰੇਕ ਡੱਬੇ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ)
1	ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਅਧਿਐਨ (ਮਿਤੀ <u>DD/MM/YYYY</u> , ਸੰਸਕਰਣ <u>    </u> ) ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ੀਟ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਿਆ ਹੈ/ਪੜ੍ਹਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਿਆ ਹੈ/ਮਿਲਿਆ ਸੀ।	
2	ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਖੁਦ ਦੀ ਇੱਛਾ ਨਾਲ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਬਿਨਾਂ ਕਾਰਨ ਦੱਸੇ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸਨੂੰ ਛੱਡਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮੇਰੀ ਭਵਿੱਖ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ।	
3	ਮੈਂ ਖੋਜਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਅਤੇ ਇਸ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਮੇਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।	
4	ਮੈਂ ਇਸ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਆਪਣੇ ਡੇਟਾ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਸੂਚਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਅਧਿਐਨ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਡਾਟਾ ਪਾਸਵਰਡ-ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕੰਪਿਊਟਰ ਸਿਸਟਮਾਂ 'ਤੇ ਸਟੋਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੱਖਰੇ ਸਥਾਨ 'ਤੇ ਬੈਕਅੱਪ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।	
5	ਮੈਂ ਜੋਖਮਾਂ, ਲਾਭਾਂ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਣਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਸ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।	

ਭਾਗੀਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ	ਸਹਿਮਤੀ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਜਾਂਚਕਰਤਾ/ ਵਾਰਿਸ ਦਾ ਨਾਮ
ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ)	ਖੋਜਕਰਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ
ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ	ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖਤ
ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਫਾਰਮ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ (ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ) ਦੀ ਮਿਤੀ  DD / MM / YYYY	ਖੋਜਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਫਾਰਮ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ  DD / MM / YYYY