

PAHINTULOT SA PAGLAHOK



NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery

#	DEKLARASYON	Kalahok (Pirma o Marka ng hinalalaki)
1	Nabasa ko/Binasa sa akin ang dokumento na "Impormasyon Para Sa Pasyente" ng pag-aaral na ito (Petsa DD/MM/YYYY, version _____) at ako ay binigyan ng pagkakataon na intindihin ang impormasyon at makapagtanong ukol dito.	
2	Naiintindihan ko na ang aking partisipasyon sa pag-aaral na ito ay boluntaryo at maaari akong tumiwalag sa anumang oras nang hindi nagbibigay ng kadahilan. Naiintindihan ko na hindi maaapektuhan ang serbisyong medikal na laan sa akin kung ako ay hindi pumayag na lumahok sa pag-aaral na ito.	
3	Pinapayagan ko ang mga tauhan ng pag-aaral na ito na tingnan ang aking talaang medikal (<i>medical records</i>) upang kumuha ng impormasyon ukol sa aking medikal na kalagayan. Ako din ay pumapayag na kanilang tawagan bilang bahagi ng mga proseso ng pag-aaral na ito.	
4	Pumapayag ako na magamit ang aking mga personal at medikal na impormasyon bilang bahagi ng aking paglahok sa pag-aaral na ito. Pumapayag din ako na ang mga impormasyon ukol sa akin ay maitago sa komputer sa ospital na may seguridad sa pamamagitan ng <i>password</i> at pati na rin sa Unibersidad ng Birmingham sa England. Alam ko rin na magkakaroon ng <i>back-up</i> na kopya ng mga datos na hiwalay sa mga nasabing lokasyon upang manatili na ligtas ang aking mga impormasyon.	
5	Ako ay pumapayag na lumahok sa pag-aaral na ito matapos kong maintindihan ang mga detalye ng pananaliksik kasama ang mga panganib, benepisyo, at alternatibo dito.	

Pangalan ng kalahok	Pangalan ng Pangunahing Mananaliksik/ Tauhan na kumukuha ng Pagpayag
Pirma (o thumb print) ng Kalahok	Ako, ang nakapirma sa ibaba, ay naglaan ng oras upang lubos na magpaliwanag sa pasyente sa itaas ang kalikasan at layunin ng pag-aaral sa paraang mauunawaan nila. Ipinaliwanag ko ang mga posibleng panganib na kaakibat nito pati na rin ang posibleng mga benepisyo. Inanyayahan ko silang magtanong sa anumang aspeto ng pag-aaral na kanilang inaalala.
	Pirma sa ibabaw ng pangalan ng mananaliksik
Petsa ng pagpirma (o paglagay ng thumb mark) DD / MM / YYYY	Petsa ng pagpirma ng mananaliksik DD / MM / YYYY

TATLONG (3) KOPYA AND KAILANGAN: 1 SA PASYENTE, 1 SA HOSPITAL LEAD, 1 SA OSPITAL