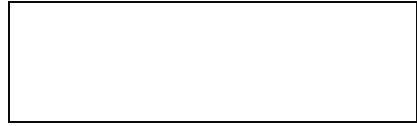


Research Consent Form

Dana-Farber/ Harvard Cancer Center

BIDMC/BWH/CH/DFCI/MGH/Partners Network Affiliates



OPRS 01-17-06





প্রোটোকল নম্বর: _____

মুখ্য অনুসন্ধানকারীর নাম: _____

সম্মতি প্রাপ্তকারী অনুসন্ধানকারীর নাম: _____

এই সহায়িকায় "আপনি" শব্দটির ব্যবহার গবেষণার অংশগ্রহণকারীকে বোঝায়। এটি এই গবেষণা অধ্যয়নে সহভাগীর অংশগ্রহণের জন্য সম্মতি দিতে অধিকারপ্রাপ্ত ব্যক্তিকেও বোঝায়।

একটি গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করার জন্য সম্মতি

আপনাকে একটি গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করার জন্য বলা হচ্ছে। সমস্ত গবেষণা স্বেচ্ছাকৃত। আপনি এই গবেষণায় অংশ নেবেন কিনা তা আপনার ইচ্ছা। আপনার সিদ্ধান্ত গ্রহণ করতে এবং আপনার পরিবার এবং বন্ধুদের সঙ্গে আলোচনা করতে সময় নিন।

আপনি অংশগ্রহণ করতে সম্মত হওয়ার আগে, আগে, তদন্তকারী ব্যক্তির আপনাকে এই গবেষণার মূল তথ্য জানানো আবশ্যিক, যার মধ্যে এই বিষয়গুলি থাকবে:

- 1) গবেষণার উদ্দেশ্য, পদ্ধতি, এবং সময়কাল;
- 2) পরীক্ষামূলক পদ্ধতিগুলি;
- 3) গবেষণার কোন যুক্তিসঙ্গতভাবে প্রত্যাশিত ঝুঁকি, অস্বাচ্ছন্দ্য, এবং সুবিধা;
- 4) কোন সম্ভাব্য উপকারী বিকল্প পদ্ধতি বা চিকিৎসা; এবং,
- 5) এই গবেষণায় সংগৃহীত আপনার ব্যক্তিগত তথ্য এবং/অথবা বাইওস্পেসিমেনগুলি সংরক্ষণ করা হবে এবং ভবিষ্যতে গবেষণার জন্য ব্যবহার করা হবে কিনা সেই বিষয় সহ কিভাবে গোপনীয়তা বজায় রাখা হবে এবং আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য কীভাবে সুরক্ষিত রাখা হবে

যেখানে প্রয়োজ্য, অনুসন্ধানকারী আপনাকে এই সম্পর্কেও জানাবেন:

- 1) যদি আঘাত ঘটে তাহলে কোন উপলব্ধ ক্ষতিপূরণ বা চিকিৎসা;
- 2) অপ্রত্যাশিত ঝুঁকির সম্ভাবনা;
- 3) পরিস্থিতিগুলি যখন অনুসন্ধানকারী আপনার অংশগ্রহণ বন্ধ করে দিতে পারেন;

- 4) আপনার জন্য কোন অতিরিক্ত খরচ;
- 5) যদি আপনি অংশগ্রহণ বন্ধ করার সিদ্ধান্ত নেন তাহলে কি হবে;
- 6) যখন আপনাকে কোন নতুন তথ্য সম্পর্কে বলা হবে যেটা আপনার অংশগ্রহণ করার সম্মতি প্রভাবিত করতে পারে;
- 7) এই অধ্যয়নে কতজন মানুষ থাকবেন; এবং,
- 8) বাইওস্পেসিমেনগুলি বাণিজ্যিক লাভের জন্য ব্যবহার করা হবে কিনা এবং আপনি এই মুনাফাতে ভাগ পাবেন কিনা;
- 9) গবেষণায় সম্পূর্ণ জিনোম সিকোএন্সিং অন্তর্ভুক্ত থাকবে কিনা;
- 10) চিকিত্সাগতভাবে প্রাসঙ্গিক গবেষণার ফলাফলগুলি আপনাকে ফিরিয়ে দেওয়া হবে কিনা; এবং,
- 11) ক্লিনিকাল ট্রায়ালগুলির জন্য: মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের আইনের আবশ্যিক শর্ত অনুযায়ী এই নিদানিক পরীক্ষণের একটি বিবরণ, www.ClinicalTrials.gov এ উপলব্ধ করা হবে। আপনাকে চিহ্নিত করতে পারে এমন কোন তথ্য এই ওয়েব সাইটে অন্তর্ভুক্ত করা হবে না। খুব বেশি হলে, ওয়েব সাইটে ফলাফলের একটি সারসংক্ষেপ অন্তর্ভুক্ত করা হবে। আপনি যে কোনো সময় ওয়েব সাইটে অনুসন্ধান করতে পারেন।

আপনি অংশগ্রহণ করতে সম্মত হলে, আপনাকে এই ডকুমেন্টের একটি স্বাক্ষরিত নকল ও অধ্যয়নের জন্য বাংলা ভাষায় সম্মতি পত্রের একটি নকল দেওয়া হবে।

অধ্যয়ন বা গবেষণা সংক্রান্ত আঘাত সম্পর্কে আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে আপনি যে কোনো সময় _____কে

নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।

যদি একজন গবেষণার সহভাগী হিসেবে আপনার অধিকার সম্পর্কে কোন প্রশ্ন থাকে তাহলে আপনি হিউম্যান রিসার্চ স্টাডিজের জন্য ডেনা-ফারবার ক্যান্সার ইনস্টিটিউট এর অফিসের সঙ্গে (617) 632-3029 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।

এই অধ্যয়নে আপনার অংশগ্রহণ স্বেচ্ছাকৃত, এবং যদি আপনি অংশগ্রহণ করতে অস্বীকার করেন বা বন্ধ করার সিদ্ধান্ত নেন তাহলে আপনাকে দণ্ডিত করা হবে না বা আপনি কোন সুবিধা হারাবেন না।

এই নথিতে স্বাক্ষর করার অর্থ এই যে, উপরোক্ত তথ্য সহ, গবেষণা অধ্যয়নের বিষয়ে আপনাকে মৌখিকভাবে বর্ণনা করা হয়েছে, এবং আপনি স্বেচ্ছায় অংশগ্রহণ করতে সম্মত হয়েছেন:

সহমতির ডকুমেন্টেশন

10 থেকে 18 বছর বয়স্ক অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর: যদি আমি এই গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণ তাহলে আমার কি হবে তা এই গবেষণা অধ্যয়ন পরিচালনা করা ব্যক্তি আমাকে ব্যাখ্যা করেছেন। নিচে আমার স্বাক্ষরের অর্থ আমি এই গবেষণা অধ্যয়নে সামিল হতে চাই। যদি আমি না চাই, তাহলে আমি এই গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণ না করার সিদ্ধান্ত নিতে পারি, এবং আমি অংশগ্রহণ না করার সিদ্ধান্ত নিলে আমার কিছুই হবে না।

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

সম্মতির ডকুমেন্টেশন:

অংশগ্রহণকারী অথবা আইনসম্মত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

অংশগ্রহণকারীর সাথে আইনসম্মত প্রতিনিধির সম্পর্ক

অংশগ্রহণকারী অথবা আইনসম্মত প্রতিনিধির দ্বিতীয় স্বাক্ষর

তারিখ

অংশগ্রহণকারীর সাথে দ্বিতীয় আইনসম্মত প্রতিনিধির সম্পর্ক

দোভাষী/সাক্ষীর স্বাক্ষর

তারিখ