

হাসপাতালের নাম:

কেন্দ্রের নম্বর:

গবেষণার নম্বর:

সম্মতি ফরম – স্থগিত সম্মতি

রিকভারি-RS রেস্পিরেটরি সাপোর্ট: কোভিড-19 এ শ্বাসযন্ত্রের কৌশলসমূহ;  
CPAP, হাই-ফ্লো এবং স্ট্যান্ডার্ড সেবা

গবেষকের নাম:

গবেষণায় অংশগ্রহণকারীর নাম:

অনুগ্রহ করে  
বক্সে নামের  
আদ্যক্ষর  
লিখুন

1. অংশগ্রহণকারী নিশ্চিত করছেন যে তারা উপরের গবেষণার জন্য ..... তারিখের  
(সংস্করণ.....) তথ্য সম্বলিত শীটটি পড়েছেন   
এবং নিশ্চিত করছেন যে তারা তথ্যটি বিবেচনা করার, এ সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছেন এবং  
এই প্রশ্নগুলির সন্তোষজনক উত্তর পেয়েছেন।
2. অংশগ্রহণকারী বুঝতে পারছেন যে তাদের অংশগ্রহণ স্বৈচ্ছাধীন এবং   
যেকোনো সময় কোনো কারণ না দেখিয়ে বা তাদের সেবা প্রাপ্তি বা বৈধ অধিকারকে প্রভাবিত না করে  
তারা গবেষণা থেকে নিজেদেরকে প্রত্যাহার করে নিতে পারেন।
3. অংশগ্রহণকারী বুঝতে পারছেন যে জাতি এবং জাতিগত ডেটাসহ তাদের মেডিকেল নোট ও গবেষণার সময়   
সংগৃহীত ডেটাগুলির প্রাসঙ্গিক অংশগুলি, ওয়ারউইক ইউনিভার্সিটির, নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষের বা NHS ট্রাস্টের  
ব্যক্তির দেখতে পারেন যেখানে এটি তাদের এই গবেষণায় অংশ নেওয়ার সাথে প্রাসঙ্গিক। তারা এই  
ব্যক্তিদেরকে অংশগ্রহণকারীর রেকর্ড ব্যবহার করার অনুমতি দিচ্ছেন।
4. অংশগ্রহণকারী বুঝতে পারছেন যে তাদের সম্পর্কে সংগৃহীত তথ্য ভবিষ্যতে   
অন্যান্য গবেষণাকে সহায়তা করার জন্য ব্যবহৃত হতে পারে এবং অন্য গবেষকদের সাথে নামবিহীনভাবে  
বিনিময় করা হতে পারে।

পৃষ্ঠা 2 এর 1

5. অংশগ্রহণকারী বুঝতে পারছেন যে (হাসপাতালের নাম লিখুন),  
তাদের GP সার্জারী, NHS ডিজিটাল অথবা ইলেক্ট্রনিক ডেটা রিসার্চ অ্যান্ড ইনোভেশন সার্ভিস (eDRIS)  
এবং ইনটেনসিভ কেয়ার ন্যাশনাল অডিট অ্যান্ড রিসার্চ সেন্টার কর্তৃক গৃহীত ও বজায় রাখা তথ্য  
অংশগ্রহণকারীর সাথে যোগাযোগ করতে বা অংশগ্রহণকারীর স্বাস্থ্য অবস্থা সম্পর্কে তথ্য প্রদান করতে  
ব্যবহার করা হতে পারে।

6. অংশগ্রহণকারী উপরোক্ত গবেষণায় অংশ নেওয়া চালিয়ে যেতে সম্মত হয়েছেন।

7. অবহিতকৃত সম্মতি মৌখিকভাবে গ্রহণ করা হয়েছে।

---

সম্মতি গ্রহণকারী ব্যক্তির নামতারিখ

সম্মতি

গ্রহণকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর