निरीक्षण अभ्यासासाठी लघु संमती पत्र

अभ्यासात सहभाग घेण्यासाठी कायदेशीर स्वीकृतीयोग्य प्रतिनिधिची संमती

अभ्यास शीर्षकः एअरवे व्यवस्थापन अभ्यास आणि भारतीय आईसीयूमध्ये इनट्यूबेशनची गुंतागुंत (इम्पैक्ट) भारतीय आईसीयूमध्ये एक संभाव्य बहुकेंद्रीय अध्ययन

मी समजतो/समजते की "डॉ अतुल कुलकर्णी, प्राध्यापक आणि प्रमुख, डिवीजन ऑफ क्रिटिकल केयर, एनेस्थिसियोलॉजी विभाग, क्रिटिकल केयर एंड पेन विभाग, टाटा मेमोरिअल अस्पताल परेल मुंबई फ़ोन न 9869077526" द्वारे आयोजित "एअरवे व्यवस्थापन अभ्यास आणि भारतीय आईसीयूमध्ये इनट्यूबेशनची गुंतागुंत (इम्पैक्ट) भारतीय आईसीयूमध्ये एक संभाव्य बहुकेंद्रीय अध्ययन" यामध्ये माझ्या नातेवाईकाच्या वैद्यकीय नोंदणीमधून मिळालेल्या माहितीपासून त्याच्या/तिच्या श्वासनलिकेमध्ये श्वासनळीचा अंतर्भाव करण्याशी संबंधित असलेली माहिती गोळा करणे समाविष्ट आहे.

मी समजता/समजते की माझ्या नातेवाईकाच्या गंभीर स्थितीमध्ये त्याच्या/तिच्या श्वासनलिकेमध्ये श्वासनळी घालणे गरजेचे आहे. श्वासोच्छवासाच्या अवघडपणाची माहिती श्वासनळी घालण्याची कारणे प्रक्रियाबद्ध तंत्र आणि प्रक्रियेदरम्यान वापरलेली उपकरणे इत्यादी संबंधित माहिती एकत्रित केली जाईल. डॉक्टरांच्या प्रशिक्षणाचा दर्जा ठरवण्यात येईल आणि रूग्णालयामधून सुटेपर्यंत गुंतागुंतीच्या माहितीची नोंदणी केली जाईल.

मी समजतो/समजते की माझ्या नातेवाईकाच्या मानक उपचाराशिवाय अन्य कोणतीही अतिरिक्त वैद्यकीय प्रक्रिया होणार नाही.

मला माहीत आहे की हा अभ्यास टाटा मेमोरियल केंद्राच्या संस्थात्मक नैतिक समितीद्वारे मंजूर केला आहे आणि माझ्या नातेवाईकाला नियमित शारीरिक किंवा मनोवैज्ञानिक परिक्षण (चाचण्या) किंवा तपासणी दरम्यान आणि/किंवा नियमित दैनंदिन जीवनक्रमात होणाऱ्या जोखिमेशिवाय कोणतीही अतिरिक्त जोखिम होणार नाही. मला आणखी समजते की त्याच्या/तिच्या वैद्यकीय माहिती संबंधी गोपनीयता सुनिश्चित केली जाईल आणि प्रकाशित झालेल्या परिणामांशी कोणत्याही प्रकारे त्यांचा संबंध ठेवणार नाही. मी समजतो/समजते की मुख्य संशोधक (डॉ अतुल कुलकर्णी) मला अतिरिक्त माहिती देण्यास इच्छुक असतील जी अभ्याससंबंधी मला जाणून घ्यायची आहे.

मी समजतो/समजते की जर मी या अभ्यासात माझ्या नातेवाईकाच्या सहभागास समंती नाकारली किंवा अभ्यासाच्या कोणत्याही टप्प्यावर माझी संमती मागे घेतली तर माझ्या नातेवाईकाच्या वैद्यकीय उपचारावर परिणाम होणार नाही.

मला समजते की अभ्यासाबद्दल किंवा कार्यपध्दतीबद्दल कोणत्याही वेळी माझी शंका असल्यास कींवा या अभ्यासात सहभागी होण्यामुळे माझ्या नातेवाइकाला काही प्रतिकूल परिणाम अनुभवल्यास मी खालील नंबरवर संपर्क करू शकतो/शकते.

डॉ अतुल कुलकर्णी, प्राध्यापक आणि प्रमुख, डिवीजन ऑफ क्रिटिकल केयर
एनेस्थिसियोलॉजी विभाग, क्रिटिकल केयर एंड पेन,
टाटा मेमोरियल हॉस्पिटल, डॉ. ई.बोर्जेस मार्ग

परेल, मुंबई ४०००१२ संपर्क क्रमांक : 9869077526

ईमेल आयडी: kaivalyaak@yahoo.co.in

सहभागी म्हणून माझ्या नातेवाइकाच्या अधिकारांबद्दल मला काही प्रश्न असल्यास मी खालील नंबरवर संपर्क करू शकतो/शकते .

सदस्य सचिव संस्थागत नितीमत्ता समिती I
टाटा मेमोरियल अस्पताल परेल मुंबई
फोन . नं ०२२२४१७७२६२

मी माझ्या नातेवाईकाची माहिती अभ्यास करण्यासाठी वापरण्यास परवानगी देत आहे .

सहभागीचे नाव:	
कायदेशीर स्वीकार्य प्रतिनिधीचे नाव :	
कायदेशीर स्वीकार्य प्रतिनिधीची सही / अंगठ्याचा ठसा आणि दिनांक (लागू असल्यास) :	
तटस्थ साक्षीदाराचे नाव :	
तटस्थ साक्षीदाराची सही आणि दिनांक :	
प्रमुख संशोधक किंवा प्रमुख सहायक-संशोधक किंवा सहायक-संशोधकांचे नाव :	
प्रमुख संशोधक किंवा प्रमुख सहायक-संशोधक किंवा सहायक-संशोधकांची सही आणि दिनांक :	