

कायदेशीर स्वीकार्य प्रतिनिधीची हेर्मिस अभ्यासात सहभाग घेण्यासाठी सहमती

शीर्षक:- प्रारंभिक सेप्सिस (पु होने) मध्ये रक्त परिसरणाचे (हीमोडायनामिक) पुनर्जीवन आणि देखरेख (हेर्मिस अभ्यास)

मला हे समजते कि हे डॉ शीला नैनन मयत्रा फ़ोन न ९८२०१५६०७०, एनेस्थिसियोलॉजी विभाग, क्रिटिकल केयर आणि पेन विभाग, टाटा मेमोरियल हॉस्पिटल परेल मुंबई दूरध्वनी क्र. ९८२०१५६०७० यांचाद्वारे केले जाणारे अध्ययन ज्याचे शीर्षक "प्रारंभिक संसर्ग (पु होने) मध्ये रक्त परिसरणाचे (हीमोडायनामिक) पुनर्जीवन आणि देखरेख (हेर्मिस अभ्यास)" या मध्ये माझ्या रुग्णाच्या नियमित वैद्यकीय उपचारादरम्यान जमा केल्या जाणाऱ्या माहितीचे विश्लेषणाचा समावेश आहेत.

मी समजतो की मुख्य अन्वेषक हा अभ्यास भारतातील अतिदक्षता विभागात दाखल होणाऱ्या प्रारंभिक संसर्ग (पु होने) आणि कमी रक्तदाबच्या रुग्णांमध्ये, रुग्णांची विशेषतः आणि सामान्य रक्तदाब टिकवून ठेवण्यासाठीचे उपचार आणि देखरेखीच्या पद्धती समजावून घेण्यासाठी हा अभ्यास करत आहेत. मी हे पण समजतो कि मुख्य अन्वेषक संसर्गामुळे (पु होणे) होणाऱ्या कमी रक्तदाब (आघात) मध्ये चांगल्या उत्तरजीविकेशी संबंधित विभिन्न कारणांचा शोध घेण्याचा प्रयत्न करत आहेत. मी हे देखील समजतो की उपरोक्त आणि वरील कोणत्याही अतिरिक्त वैद्यकीय प्रक्रिया नाहीत. माझ्या अभ्यासातून मिळालेल्या पुनरुत्पादन पद्धतींच्या बाबतीत मी हा अभ्यास देखील समजतो.

मी समजतो कि मुख्य संशोधक हा अभ्यास आशियातील अतिदक्षता विभागातील ऑक्सिजनच्या कमतरतेने होणाऱ्या श्वसन विफलतेच्या रुग्णांमध्ये फुफुस-संरक्षणात्मक कृत्रिम श्वसनाचे अनुपालन दर निर्धारित करण्यासाठी करत आहे. मला समजते की या अध्ययनामध्ये माझ्या नातेवाईकाला मिळणाऱ्या मानक उपचारां व्यतिरिक्त कोणतेही अतिरिक्त वैद्यकीय प्रक्रियांचा समावेश असणार नाहीत. मला हे समजले कि या अभ्यासात माझ्या रुग्णाला त्याच्या नियमित रूग्ण सेवेचा एक भाग म्हणून प्राप्त होणाऱ्या कृत्रिम श्वसनाच्या संदर्भातील माहिती जमा करण्याचा समावेश आहेत.

मी हे समजतो/समजते की हा अभ्यास टाटा मेमोरियल केंद्रातील संस्थात्मक नीतिशास्त्र समिती कडून मंजूर केला आहे. या अभ्यासात माझ्या नातेवाईकाला नियमित शारीरिक किंवा मानसिक परीक्षण आणि तपासण्यादरम्यान किंवा दैनंदिन क्रिया मधून असणाऱ्या जोखीम या पेक्षा अधिकच्या जोखीमांचा धोका असणार नाही. मी पुढे असे समजतो/समजते की माझ्या नातेवाईकाच्या वैद्यकीय माहितीच्या संदर्भातील गोपनीयतेची खात्री राहिल, आणि प्रकाशित केलेल्या परिणामासोबत माझ्या नातेवाईकाला कोणत्याही प्रकारे जोडले जाणार नाहीत. मी समजतो/समजते की मुख्य संशोधक डॉ शीला नैनन मयत्रा मला अभ्यासासंबंधी जाणून घ्यायची आहे ती कोणतीही अतिरिक्त माहिती प्रदान करण्यास इच्छुक असतील.

मी समजतो/समजते की जर मी/ माझ्या नातेवाईकाने या अभ्यासात सहभाग घेतला नाही किंवा अभ्यासाच्या कोणत्याही टप्प्यात संमती मागे घेतली तर माझ्या नातेवाईकावरील वैद्यकीय उपचारांवर याचा परिणाम होणार नाही.

जर तुम्हाला अभ्यास वा त्यातील प्रक्रीयाविषयी कोणत्याही वेळी काही प्रश्न असतील किंवा तुम्ही अभ्यासातील सहभागामुळे कोणत्याही दुष्परिणामांचा अनुभव करत असाल तर तुम्ही खालील पैकी कोणासही संपर्क करू शकता.

डॉ. शीला नैनन मैत्रा, प्रोफ़ेसर

पता : एनेस्थिसियोलॉजी विभाग, क्रिटिकल केयर एंड पेन, टाटा मेमोरियल रुग्णालय, डॉ. ई.बोर्जेस मार्ग परळ, मुंबई ४०००१२ संपर्क क्रमांक: ९८२०१५६०७० ईमेल आयडी: sheila150@hotmail.com

रुग्ण सहमती पत्रक-संक्षिप्त- मराठी

आवृत्ती क्र- १.० दिनांक १९ जुलाई २०१९

सहभागी म्हणून आपल्या अधिकारांबद्दल आपले पत्र असल्यास,

डॉ. उमेश महंतशेट्टी (आयईसी- 1)/ डॉ. गिरीश चिन्नास्वामी (आईसी-2),

सदस्य सचिव, संस्थागत नितीमत्ता समिती

टाटा मेमोरियल हॉस्पिटल, डॉ. ई. बोरगेस रोड, मुंबई -४०००१२ टेलिफोन- ०२२२४१७७२६२ येथे संपर्क साधा.

अभ्यासासाठी मी माझी माहिती वापरण्यास परवानगी देतो/ देते.

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