

رضامندی فارم برائے مریض و نمائندہ THE CRASH-3 TRIAL

تحقیق کا عنوان: دماغ کی اہم صدماتی چوٹوں کے علاج کے لیے ٹران ایگسامک ایسڈ؛ ایک بے ترتیب، دونوں جانب سے خفیہ پلیسیبیو کے زیر تسلط بین الاقوامی آزمائش

اصل مقامی محقق					ہسپتال کا کوڈ
					مریض کا ہسپتال شناختی نمبر
پیکٹ	ڈبہ	بے ترتیب بنائے جانے کا نمبر			مریض کا نام
اگر نمائندہ ہے، تو مریض کے ساتھ رشتہ					

ورژن نمبر: 1.2 / ورژن کی تاریخ: 06/09/2016

- میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے معلوماتی پرچہ ورژن نمبر 1.2، ورژن کی تاریخ 06/09/2016، برائے مندرجہ بالا مطالعہ کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے اور میرے پاس سوالات پوچھنے کا موقع موجود تھا۔
- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری رضامندی رضاکارانہ ہے اور یہ کہ میں کسی بھی وقت بغیر کوئی وجہ بتائے اور میرے/مریض کے طبی دیکھ بھال یا کسی بھی قانونی حقوق کے متاثر ہوئے بغیر اس رضامندی سے دستبرداری میں آزاد ہوں۔
- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے/مریض کے طبی نوٹس کے حصے اس مطالعہ میں شامل ذمہ دار افراد کی جانب سے دیکھے جا سکتے ہیں۔ میں ان افراد کو ان ریکارڈز تک رسائی کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔
- میں اس رضامندی فارم، جس میں میری/مریض کی ذاتی معلومات شامل ہیں، کو لندن میں آزمائش انتظامی مرکز میں صرف نگرانی کے مقصد سے دستیاب کروانے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔
- میں اس آزمائش میں شرکت کے بارے میں معلومات میرے/مریض کے ذاتی ڈاکٹر کو مہیا کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔
- میں اپنی/مریض کی مندرجہ بالا مطالعہ، CRASH-3 آزمائش میں شرکت پر متفق ہوں۔

مریض/نمائندہ کا نام _____ تاریخ _____ دستخط (اگر دستخط کرنے سے قاصر ہے تو نشان
انگوٹھا)

رضامندی لینے والے فرد کا نام _____ تاریخ _____ دستخط

سائٹ کے اصل محقق کا نام _____ تاریخ _____ دستخط

مریض/نمائندہ دستخط کرنے سے قاصر ہے۔ بطور گواہ، میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ آزمائش کے بارے میں تمام معلومات دی گئی تھی اور مریض/نمائندہ نے حصہ لینے کی رضامندی دی۔

گواہ کا نام _____ تاریخ _____ دستخط

اصل فارم محقق کی مطالعہ فائل میں لگانے کے لیے

1 نقل مریض کے لیے

1 نقل مریض کے ہسپتال کے ریکارڈز میں رکھنے کے لیے