

# डा0 राम मनोहर लोहिया आयुर्विज्ञान संस्थान, लखनऊ

## सूचित सहमति पत्र

**अध्ययन विषय:** To estimate the proportion of various causes of acute onset Dyspnea reporting to Emergency Department using Point of Care Ultrasonography

अध्ययन नम्बर.....  
सहभागी का पूरा नाम.....  
जन्मतिथि/उम्र.....  
पता.....

अध्ययन अन्वेषक का नाम: Dr. Rajiv Ratan Singh Yadav, मोबाइल नम्बर: 8176007233  
Dept. of Emergency Medicine

मेरी पुष्टि है कि मैंने उपरोक्त परीक्षण हेतु जानकारी पत्र दिनांक.....को पढ़ व समझ लिया है, तथा मुझे प्रश्न पूछने के अवसर प्रदान किये गये।

अथवा

मुझे अध्ययन अन्वेषक ने विस्तार से सब तथ्यों को समझा दिया है तथा मुझे प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया।

1. मैंने समझ लिया है कि इस अध्ययन में मेरी प्रतिभागिता स्वैच्छिक है, तथा यह कि मैं बिना कोई कारण बताए किसी भी समय अपनी चिकित्सीय देखभाल या कानूनी अधिकारों पर प्रभाव पड़े बिना हट जाने के लिए स्वतंत्र हूँ।
2. मैंने समझ लिया है कि इस चिकित्सीय संयोजक की ओर से काम करने वाले अन्य, नैतिकता समिति तथा विनियामक अधिकारियों का चालू अध्ययन तथा इससे सम्बन्धित तथा हो सकने वाले किसी अनुसंधान से सम्बन्धित मेरे स्वास्थ्य अभिलेखों को देखने के लिए मेरी अनुमति की आवश्यकता नहीं होगी, भले ही मैं इस परीक्षण से हट ही क्यों न जाऊ। तथापि मैंने समझ लिया है कि तृतीय पक्ष को दी गई या प्रकाशित की गई किसी जानकारी में मेरी पहचान को उजागर नहीं किया जाएगा तथा मुझे किसी प्रकार की क्षतिपूर्ति देय नहीं होगी।
3. इस अध्ययन में प्राप्त किन्हीं आकड़ों या परीक्षणों के प्रयोग पर पाबंदी न लगाने के लिये मैं सहमत हूँ बशर्ते कि ऐसे प्रयोग मात्र वैज्ञानिक प्रयोजन/नों के लिये ही हो।
4. अध्ययन की सम्पूर्ण प्रक्रियां /तरीका मैंने भली भाँति पढ़ लिया है /पूर्ण रूप से समझा दिया गया है। मैंने उसे पूर्ण रूप से सम्भावित खतरों सहित समझ लिया है एवं अपनी स्वेच्छा से अपनी सहमति दे रहा हूँ

सहभागी के हस्ताक्षर या अगूठें का निशान/ कानूनी रूप से स्वीकार्य प्रतिनिधि

हस्ताक्षर करने वाले का नाम .....दिनांक.....  
अध्ययन अन्वेषक के हस्ताक्षर..... दिनांक.....  
अध्ययन अन्वेषक के नाम..... दिनांक.....  
गवाह के हस्ताक्षर..... दिनांक.....  
गवाह का नाम .....