

## CONSENT FORM

I \_\_\_\_\_ {name} voluntarily give consent to participate in the study entitled “ \_\_\_\_\_ ”. In doing so I affirm that:

- I have been given full information in my native language about the study and have understood the purpose and nature of the study and the potential risks to me resulting from my participation in the study.
- I have been given ample opportunity to ask questions, which have been answered to my satisfaction.
- I understand that my participation in the study is purely voluntary and that unwillingness/refusal to participate will not adversely affect the medical care due to me.
- I have been assured that there is no additional medical expenditure to be incurred by me on account of my participation in the study.
- That I faced no coercion to sign this consent form.
- I have been informed that notwithstanding my signing this consent, I can withdraw from the study at any point of time, without it compromising in any way, the medical care to which I am entitled.

Signature of patient

Signature of Witness

Signature of Investigator

Name of patient

Name of Witness

Name of Investigator

Date

Date

Date

Place

Place

Place

## సమ్మతి పత్రం

అధ్యయనం పేరు “ ”.

నేను \_\_\_\_\_ (పేరు) ఈ అధ్యయనంలో స్వచ్ఛందంగా పాల్గొనడానికి సమ్మతి తెలుపుతున్నాను.

- నాకు ఈ అధ్యయనం గురించి స్థానిక భాషలో పూర్తి సమాచారం ఇవ్వబడింది మరియు ఈ అధ్యయనం యొక్క ఉద్దేశ్యం మరియు స్వభావం మరియు ఈ అధ్యయనంలో నేను పాల్గొనడం వల్ల నాకు సంభవించే ప్రమాదాలను అర్థం చేసుకున్నాను.
- నేను ప్రశ్నలు అడగడానికి తగినంత అవకాశం ఇవ్వబడింది, ఇది నా సంతృప్తికి సమాధానం ఇవ్వబడింది.
- నేను ఈ అధ్యయనంలో నా భాగస్వామ్యం పూర్తిగా స్వచ్ఛందంగా ఉందని మరియు పాల్గొనడానికి ఇష్టపడకపోవడం / తిరస్కరించడం నా వల్ల వైద్య సంరక్షణను ప్రతికూలంగా ప్రభావితం చేయదని అర్థం చేసుకున్నాను.
- నేను ఈ అధ్యయనంలో పాల్గొనడం వల్ల నాకు అదనపు వైద్య ఖర్చులు ఉండవని హామీ ఇవ్వబడింది.
- ఈ సమ్మతి పత్రంలో సంతకం చేయడానికి నాపై ఎటువంటి ఒత్తిడి చేయలేదు.
- నేను ఈ సమ్మతి పత్రం పై సంతకం చేసినప్పటికీ, ఏ సమయంలోనైనా నేను ఈ అధ్యయనం నుండి వైదొలగవచ్చునని నాకు సమాచారం ఇవ్వబడింది, నేను ఈ అధ్యయనం నుంచి వైదొలగిననూ నాకు అందవలసిన వైద్యంంలో అంతరాయం ఉండదని నాకు హామీ ఇవ్వబడింది.

రోగి సంతకం

రోగి పూర్తి పేరు

స్థలము

తేదీ

సాక్షి సంతకం

సాక్షి పూర్తి పేరు

స్థలము

తేదీ

పరిశోధకుని సంతకం :

పరిశోధకుని పేరు

స్థలము

తేదీ