**Emory University**

अनुसंधानमेंभागलेनेकेलिएसहमति

आपको अनुसंधान अध्ययन में भाग लेने के लिए पूछा जा रहा है।

इससे पहले कि आप सहमती दें, अन्वेषक को आपको (i) अनुसंधान के उद्देश्यों, प्रक्रियाओं और अवधि ; (ii) कोई भी प्रक्रिया जो प्रयोगात्मक हो ; (iii)कोई भी निकटतम भविष्य के जोखिम, असुविधा, और अनुसंधान के लाभ; (iv) किसी संभावित रूप से लाभकारी वैकल्पिक प्रक्रियाओं या उपचारों; और (v) गोपनीयता कैसे रखी जाएगीं के बारे में बताना होगा।

जहां लागू हो, अन्वेषक को आपको निम्न के बारे में भी बताना होगा (i) चोट लगने पर उपलब्ध कोई भी मुआवजा याचिकित्सकीय उपचार ; (ii) भविष्य में अप्रत्याशित जोखिम की संभावना; (iii) ऐसी परिस्थितियां जब अन्वेषक आपकी भागीदारी को रोक सकते है; (iv) आपके लिए कोई अतिरिक्त लागत; (v) यदि आप भाग नहीं लेने का फैसला करते हैं तो क्या होगा; (vi) आपको नए निष्कर्षों के बारे में कब बताया जाएगा जो आपकी भाग लेने की इच्छा को प्रभावित कर सकते हैं; और (vii) अध्ययन में कितने लोग शामिल होंगे।

यदि आप भाग लेने के लिए सहमत हैं, तो आपको इस दस्तावेज़ की हस्ताक्षरित प्रति और अनुसंधान का लिखित सारांश दिए जाने चाहए।

जब भी आपको अनुसंधान के बारे में कोई प्रश्न हो, तो आप \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ को \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ पर संपर्क कर सकते हैं।

यदि आपको अनुसंधान के सहभागी के रूप में आपके अधिकारों या चोट लगने पर क्या करें के बारे में कोई प्रश्न हों तो आप एमोरी युनिवर्सिटि संस्थागत समीक्षा बोर्ड से 404-712-0720 पर संपर्क कर सकते हैं।

इस अनुसंधान में आपकी भागीदारी स्वैच्छिक है, और यदि आप भाग नहीं लेने का निर्णय लेते हैं तो आपको दंडित नहीं किया जाएगा या आपके लाभ कम नहीं होंगे।

इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करने का अर्थ है कि उपर्युक्त जानकारी सहित अनुसंधान अध्ययन, आपको मौखिक रूप से वर्णित किया गया है, और आप स्वेच्छा से भाग लेने के लिए सहमत हैं।

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

सहभागी के हस्ताक्षर तारीख

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

सहभागी के हस्ताक्षर तारीख