ਭਾਗੀਦਾਰ ਦਾ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

[affix\_barcode]

ਰੂਪਾਂਤਰਨ: 5, 23 ਅਕਤੂਬਰ 2024

ਸਥਾਨਕ ਮੁੱਖ ਜਾਂਚ ਕਰਤਾ: [local\_lead\_investigator\_name]

ਮੁੱਖ ਜਾਂਚ-ਕਰਤਾ: ਪ੍ਰੋਫੈਸਰ ਜੇ ਕੇ ਬੈਲੀ, ਯੂਨਿਵਰਸਿਟੀ ਆਫ਼ ਐਡਿਨਬਰਾ

ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ ’ਤੇ, ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸਹਿਮਤੀ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

|  |
| --- |
| * ਮੈਂ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਲਈ ਸੂਚਨਾ ਸ਼ੀਟ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ (v5– 23 ਅਕਤੂਬਰ 2024) (ਜਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਮੈਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ)। ਮੈਂ ਇਹਨੂੰ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਿਆ ਹੈ।
* ਮੈਂ ਡੀ.ਐੱਨ.ਏ. ਦਾ ਨਮੂਨਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਅਤੇ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜੈਨੇਟਿਕ (ਅਨੁਵੰਸ਼ਕ) ਕਾਰਕਾਂ ਲਈ ਇਸ ਨਮੂਨੇ ਦਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦਾ/ਹੁੰਦੀ ਹਾਂ।
* ਮੈਂ ਬਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਈ ਕਾਰਨ ਦਿੱਤੇ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।
* ਅਧਿਐਨ ਵਿਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੇ ਕੋਈ ਸਿੱਧੇ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਅਸੀਂ ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ ਮਦਦ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚ ਗੰਭੀਰ ਰੂਪ ਨਾਲ ਬੀਮਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਬਹੁਤ ਥੋੜ੍ਹੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਂਚ-ਨਤੀਜੇ ਇਸ ਖੋਜ ਰਾਹੀਂ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਣਗੇ। ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ ਜਿਸ ਰਾਹੀਂ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
* ਮੇਰੇ ਡੀ.ਐੱਨ.ਏ. ਨੂੰ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਡੀ.ਐੱਨ.ਏ. ਤੋਂ ਲਏ ਡੇਟਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਜੀਨੋਮ ਦੀ ਪੂਰੀ ਤਰਤੀਬ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਨੂੰ ਸਟੋਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਭਵਿੱਖ ਦੀ ਖੋਜ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੋਧ-ਕਰਤਾਵਾਂ ਵਿਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਜਾਂ ਅੰਤਰ-ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਵਿਗਿਆਨਕ, ਕੰਪਨੀਆਂ ਅਤੇ NHS ਦਾ ਸਟਾਫ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅੰਕੜੇ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਲਈ, ਖੋਜ-ਕਰਤਾਵਾਂ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਕਲੀਨਿਸ਼ੰਸ, ਵਿਗਿਆਨਕ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼, ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰਿਆਂ ਨੂੰ ਇਕ ਮਾਹਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸੁਤੰਤਰ ਕਮੇਟੀ ਵਲੋਂ ਇਜਾਜ਼ਤ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਨਿਜੀ ਬੀਮਾਂ ਕਰਣ ਵਾਲਿਆਂ ਜਾਂ ਮਾਰਕੇਟਿੰਗ ਕੰਪਨੀਆਂ ਕੋਲ ਅੰਕੜਿਆਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ।
* ਮੇਰੇ ਸਿਹਤ ਡੇਟਾ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪਹਿਲੂਆਂ ਨੂੰ GenOMICC ਖੋਜਕਰਤਾਵਾਂ, ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਪ੍ਰਾਯੋਜਕ (NHS ਲੋਥੀਅਨ ਅਤੇ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਆਫ਼ ਐਡਿਨਬਰਾ), ਅਤੇ ਭਾਈਵਾਲ ਸੰਗਠਨਾਂ ਵੱਲੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।
* ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਖੋਜਕਰਤਾ ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਮੈਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਨਾ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਕਲੀਨਿਕਲ ਟ੍ਰਾਇਲ ਅਤੇ ਅਧਿਐਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।
* ਮੈਂ ਖੋਜ ਲਈ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਡੇਟਾ ਨੂੰ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਕਰਨ ਸਮੇਤ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਭਰ ਲਈ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਜੋ ਮੇਰੀ ਸਮੁੱਚੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਜਾਰੀ ਰਹੇਗੀ।
 |

ਕਿਰਪਾਕਰਕੇਇਥੇਦਸਤਖ਼ਤਕਰੋਜਿਸਨਾਲਇਹਦਰਸ਼ਾਇਆਜਾਸਕੇਕਿਤੁਸੀਂਉੱਤੇਲਿਖੇਬਿਆਨਾਂਨਾਲਸਹਿਮਤਹੋ**:**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ਜੋ ਸਹਿਮਤੀ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੈ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੈ ਉਸ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤਤਾਰੀਖ਼: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ਭਾਗੀਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ ਸਾਫ਼ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖੋ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤਤਾਰੀਖ਼: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| ***ਜੇਕਰ ਭਾਗੀਦਾਰ ਫਾਰਮ ਲਿਖ ਜਾਂ ਪੜ੍ਹ ਨਹੀਂ ਸਕਦਾ:*** ਇਸ ਖੋਜ ਦੇ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਕੋਈ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਖੋਜ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਉਸ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਸਹੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਜੋ ਉਹ ਸਮਝ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਭਾਗੀਦਾਰ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਸੂਚਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ।  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤਤਾਰੀਖ਼: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ਖੇਤਰ ਦੀ ਫਾਈਲ ਵਿਚ ਅਸਲ ਨੂੰ ਰਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਖਾਨੇ ’ਤੇ √ ਲਗਾਓ:

ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ ’ਤੇ ਸਹਿਮਤੀ

(ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਭਾਗੀਦਾਰ ਨੂੰ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ)

ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਰਾਹੀਂ ਸਹਿਮਤੀ

(ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਭਾਗੀਦਾਰ ਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ – ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੇ ਕੋਈ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਹੋਣਗੇ)

ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸਹਿਮਤੀ

(ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਮੁਕੰਮਲ ਭਰੀ, ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੀ ਨਕਲ ਮੁੜ ਤੋਂ ਭਾਗੀਦਾਰ ਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ)