ڈیکلیریشن فارم برائے کنسلٹی

[affix\_barcode]

ورژن: 5, 23 اکتوبر 2024

مقامی بنیادی تحقیق کار: [local\_lead\_investigator\_name]

چیف تفتیش کار: پروفیسر جے کے بیلی، یونیورسٹی آف ایڈنبرا

|  |
| --- |
| * میں نے اس مطالعہ کے لیے انفارمیشن شیٹ (v5 - 23 اکتوبر 2024) کو پڑھ لیا ہے (یا یہ مجھے پڑھا گیا ہے)۔ میں اسے سمجھتا ہوں اور مجھے سوالات کرنے کا موقع ملا ہے۔ * میری رائے میں مریض کو ڈی این اے کا نمونہ فراہم کرنے اور اس نمونے کا تجزیہ کرنے پر کوئی اعتراض نہیں ہوگا تاکہ سنگین بیماری میں اہم جینیاتی عوامل کو تلاش کیا جا سکے۔ * میں کوئی بھی وجہ بتائے بغیر کسی بھی وقت مریض کو مطالعے سے دستبردار کر سکتا ہوں۔ * اگرچہ اس مطالعے میں حصہ لینے کے براہ راست فائدے نہیں ہیں، ہم مستقبل میں شدید بیمار ہونے والے دوسرے لوگوں کی مدد کرنے کی امید کرتے ہیں۔ اس کا بہت کم امکان ہے کہ مریض سے تعلق رکھنے والے نتائج اس تحقیق کے ذریعے سامنے آئیں گے۔ مریض کو اس بارے میں مطلع کرنے کا ایک طریقہ کار ہے۔ * مریض کا DNA، اور اس کے DNA سے اخذ کردہ ڈیٹا، جس میں شامل ہے اس کے جینوم کا مکمل سلسلہ، مستقبل کی تحقیق کے لیے اسٹور اور استعمال کیا جا سکتا ہے۔ محققین میں شامل ہو سکتے ہیں قومی یا بین الاقوامی سائنس دان، کمپنیاں اور NHS کا عملہ۔ ڈیٹا تک رسائی کے لیے، محققین کا ماہرین کی ایک خود مختار کمیٹی، جس میں شامل ہیں طبی ماہرین، سائنس دان اور مریض، کی طرف سے منظور کیا جانا ضروری ہے۔ ذاتی بیمہ کنندگان یا تشہیری کمپنیاں ڈیٹا تک رسائی نہیں کر پائیں گی۔ * GenOMICC تفتیش کار، مطالعے کا اسپانسر (NHS لوتھیئن اور ایڈنبرا یونیورسٹی) اور شراکت دار ادارے مریض کے صحت کے مختلف پہلوؤں کے ڈیٹا کو جمع کریں گے۔ * میں اتفاق کرتا ہوں کہ اس مطالعے کے تفتیش کار مستقبل کے تحقیقی مطالعوں، جن میں شامل ہیں طبی ٹرائلز اور مطالعے جو شدید بیماری سے متعلق نہیں ہیں، میں شرکت کے لیے مریض سے رابطہ کر سکتے ہیں۔ |
| میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں اس کا کنسلٹی ہوں برائے \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  شرکت کننده سے رشتہ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**یہ نشاندہی کرنے کے لیے کہ آپ مذکورہ بالا بیانات سے اتفاق کرتے ہیں براہ مہربانی یہاں دستخط کریں:**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  رضامندی دینے والے شخص کا پرنٹ نام  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  رضامندی دینے والے شخص کے دستخط  تاریخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  کنسلٹی کا پرنٹ نام  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  کنسلٹی کا دستخط  تاریخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| ***اگر کنسلٹی فارم پڑھ یا لکھ نہیں سکتا:***  میرا اس تحقیقی مطالعے میں کوئی دخل نہیں ہے اور میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ اس تحقیق سے متعلق معلومات شرکت کننده کو اس زبان میں درست طریقے سے بیان کی گئیں جو وہ سمجھ سکتے ہیں، اور یہ باخبر رضامندی کنسلٹی کی طرف سے آزادانہ طور پر دی گئی تھی۔ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  گواہ کا پرنٹ نام  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  گواہ کے دستخط  تاریخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

اصل کو سائٹ فائل میں برقرار رکھا جائے گا۔ ایک نقل کنسلٹی کو دی جانی ہے۔