### ویلفیئر اٹارنی/ویلفیئر سرپرست یا قریب ترین رشتے دار کا رضامندی فارم

[affix\_barcode]

ورژن: 5، 23 اکتوبر 2024

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

چیف تفتیش کار: ڈاکٹر جے کے بیلی، ایڈنبرا یونیورسٹی

|  |
| --- |
| * میں نے اس مطالعہ کے لیے انفارمیشن (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۔ * میں اتفاق کرتا ہوں کہ مریض DNA کا نمونہ فراہم کرے اور یہ کہ شدید بیماری میں جینیاتی عوامل تلاش کرنے کے لیے اس نمونے کا تجزیہ کیا جائے۔ * 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 کر سکتا ہوں کہ میں \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ کا قریب ترین رشتے دار، ویلفیئر سرپرست یا ویلفیئر اٹارنی ہوں اور یہ کہ کوئی اور قریب ترین رشتے دار، ویلفیئر سرپرست یا ویلفیئر اٹارنی موجود نہیں ہے۔  مریض 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ویلفیئر اٹارنی/سرپرست یا قریب ترین رشتے دار کا پرنٹ نام  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ویلفیئر اٹارنی/سرپرست یا قریب ترین رشتے دار کے دستخط  تاریخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| ***اگر رضامندی دینے والا شخص فارم لکھ یا پڑھ نہیں سکتا تو:***  میری اس تحقیقی مطالعے میں کوئی شمولیت نہیں ہے اور میں توثیق کرتا ہوں کہ اس تحقیق سے متعلق معلومات شرکت کنندہ کو درست طریقے سے اس زبان میں سمجھائی گئی تھی جسے وہ سمجھ سکتا ہے اور یہ کہ قریب ترین رشتے دار/ویلفیئر اٹارنی نے آزادانہ طور پر باخبر رضامندی دی تھی۔ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  گواہ کا پرنٹ نام  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  گواہ کے دستخط  تاریخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

اصل کو سائٹ فائل میں برقرار رکھا جائے گا۔ ایک نقل مریض کے ویلفیئر اٹارنی/سرپرست یا رشتے دار کو دی جائے گی۔