Study Team Instructions: Please see Appendix A-10 of HRP-103 Investigator Manual for information about using this form.

**ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ:**

**ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਲਿਖਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ**

ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ-ਛੋਟਾ ਫਾਰਮ

**ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਦਾ ਸਿਰਲੇਖ: insert title**

|  |  |
| --- | --- |
| **ਖੋਜਕਰਤਾਵਾਂ ਦੇ ਨਾਂ** | **ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ** |
|  |  |

ਇਸ ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 911 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

***ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਲਿਖਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ***

**ਛੋਟੇ ਫਾਰਮ ਵਾਲੀ ਸਹਿਮਤੀ**

**ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ – ਛੋਟਾ ਫਾਰਮ**

**ਜਾਣ-ਪਛਾਣ**

Seattle Children’s ਵਿਖੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਕੀਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਹਨ। ਖੋਜ ਦਾ ਟੀਚਾ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਨਵਾਂ ਗਿਆਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਬੱਚੇ ਨਵੇਂ ਗਿਆਨ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਖੋਜ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ। ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣਾ **ਸਵੈਇੱਛਤ** ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਦੋਸਤਾਂ ਨਾਲ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਸਮਾਂ ਕੱਢਣ ਲਈ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਭਾਗ ਲੈਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ Children's Hospital (ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਹਸਪਤਾਲ) ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਦੇਖਭਾਲ ਮਿਲਦੀ ਰਹੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ 'ਤੇ ਕੋਈ ਪ੍ਰਭਾਵ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ।

ਇਸਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰੋ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਖੋਜਕਰਤਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣਗੇ। ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਭਾਗ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

**ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਲੈਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਜਾਣਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ?**

### **ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਕਿਉਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ।**

ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਕੋਈ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਖੋਜਕਰਤਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣਗੇ ਕਿ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਕਿਉਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਉਹ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਨਗੇ ਕਿ ਖੋਜਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਕੀ ਸਿੱਖਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ।

### **ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ।**

ਖੋਜਕਰਤਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣਗੇ:

* + ਅਧਿਐਨ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਚੱਲੇਗਾ।
  + ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਭਾਗ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ।
  + ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਵੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਜਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਜਾਂ ਟੈਸਟ ਪ੍ਰਯੋਗਾਤਮਕ ਹਨ।
  + ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਆਮ ਦੇਖਭਾਲ ਤੋਂ ਕਿਵੇਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ।
  + ਕਿੰਨੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ।

### **ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਕਲਪ ਕੀ ਹਨ।**

ਕੁਝ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ, ਪਰ ਸਾਰੇ ਨਹੀਂ, ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਖੋਜਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਸਾਰੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀਆਂ ਚੋਣਾਂ ਕੀ ਹਨ।

### **ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਜੋਖਮ ਕੀ ਹਨ?**

ਖੋਜਕਰਤਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣਗੇ:

* + ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਭਾਗ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਕੀ ਜੋਖਮ ਹਨ।
  + ਖੋਜ ਦੇ ਜੋਖਮ ਮਿਆਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਜੋਖਮਾਂ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਤੁਲਨਾ ਕਰਦੇ ਹਨ।
  + ਕੀ ਅਜਿਹੇ ਜੋਖਮ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਸ ਸਮੇਂ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।
  + ਜੇਕਰ ਖੋਜ ਸੰਬੰਧੀ ਕੋਈ ਸੱਟ ਲੱਗਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਸੱਟ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ।
  + ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅਧਿਐਨ ਨੂੰ ਰੋਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਅਧਿਐਨ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਰੋਕਣ ਲਈ ਕਦਮ ਚੁੱਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ।
  + ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤੇ ਡੇਟਾ ਦਾ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ।
  + ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਵੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

### **ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਕੀ ਫਾਇਦੇ ਹਨ।**

ਖੋਜਕਰਤਾ ਇਹ ਦੱਸਣਗੇ ਕਿ ਕੀ ਖੋਜ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਲਾਭ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣਗੇ ਕਿ ਕੀ ਖੋਜ ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਜਾਂ ਸਮਾਜ ਨੂੰ ਲਾਭ ਪਹੁੰਚਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

### **ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੁਪਤਤਾ ਬਾਰੇ ਜਾਣਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ**

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਅਨੁਸਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰੱਖਾਂਗੇ।

ਖੋਜਕਰਤਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਅਤੇ ਹੋਰ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਭਾਗ ਲੈਣ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੌਣ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇਗਾ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਖੋਜ ਡੇਟਾ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੁਝ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹਨ, ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਾਲ ਹੀ ਅਸੀਂ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਕੱਤਰ, ਵਰਤ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਇਹ ਵਰਣਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀਆਂ ਕਿਹੜੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਅਧਿਐਨ ਬਣਾਵੇਗਾ, ਵਰਤੇਗਾ, ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰੇਗਾ, ਕੌਣ ਇਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਇਸਨੂੰ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ:

* ਪਿਛਲੇ ਜਾਂ ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ,
* ਖੋਜ ਰਿਕਾਰਡ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਰਵੇਖਣ, ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀਆਂ, ਇੰਟਰਵਿਊ, ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ ਬਾਰੇ ਸਵੈ-ਰਿਪੋਰਟਾਂ
* ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ, ਅਤੇ
* ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਖਾਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ, ਜਾਂ ਜਨਮਦਿਨ

ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਹਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਵਰਤੀ ਜਾਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ:

* ਇੱਥੇ ਅਤੇ ਹੋਰ ਕੇਂਦਰਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈ ਰਹੇ ਖੋਜਕਰਤਾ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਸਟਾਫ),
* ਰਿਸਰਚ ਸਪਾਂਸਰ - ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜੋ ਸਪਾਂਸਰ ਲਈ, ਸਪਾਂਸਰ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ ਜਾਂ ਸਪਾਂਸਰ ਦੀ ਮਲਕੀਅਤ ਹਨ,
* ਸਮੀਖਿਆ ਬੋਰਡ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ Seattle Children’s Institutional Review Board), ਡਾਟਾ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨਿਗਰਾਨੀ ਬੋਰਡ, ਅਤੇ ਖੋਜ ਦੇ ਸੰਚਾਲਨ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਰ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮਾਨੀਟਰ),
* ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਯੂ.ਐੱਸ. ਫੂਡ ਐਂਡ ਡਰੱਗ ਐਡਮਨਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ (U.S. Food and Drug Administration, FDA) ਅਤੇ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਹਿਊਮਨ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ (Department of Health and Human Services, DHHS), ਦੂਜੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਸਮਾਨ ਏਜੰਸੀਆਂ ਸਮੇਤ, ਅਤੇ
* ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਅਥਾਰਟੀਆਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਕਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਬਿਮਾਰੀ, ਸੱਟ, ਦੁਰਵਿਵਹਾਰ, ਜਾਂ ਅਪਾਹਜਤਾ ਦੀ ਰੋਕਥਾਮ ਜਾਂ ਨਿਯੰਤਰਣ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
* ***ਜੇਕਰ ਸਪਾਂਸਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਸਪਾਂਸਰ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ, ਜਨਮ ਮਿਤੀ, ਅਤੇ Medicare ID ਜਾਂ ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਦੇਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।***

ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ:

* ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਵਰਣਿਤ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਕਰਨਾ,
* ਇਸ ਖੋਜ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦਾ ਅਧਿਐਨ ਕਰਨਾ,
* ਜਾਂਚ ਕਰਨਾ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਅਧਿਐਨ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਅਤੇ
* ਗੈਰ-ਖੋਜ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ (ਜੇਕਰ ਸਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚ ਸਕਦਾ ਹੈ), ਜਾਂ

ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕਾਪੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੋ ਵਰਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਜਿਸਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਖੋਜ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਕਿਸਮਾਂ ਲਈ, ਅਧਿਐਨ ਦੌਰਾਨ ਕੁਝ ਖੋਜ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਇਹ ਦੇਖਣ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ (ਹਸਪਤਾਲ) ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਵਰਤਣ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਖੋਜਕਰਤਾ ਕਈ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਡੇਟਾ ਦਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਕਰਨਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਹਮੇਸ਼ਾ ਸੰਭਵ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਕਿ ਉਹ ਕਦੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਸੰਭਾਲੀ ਜਾਵੇਗੀ, ਤਾਂ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਇਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਹੋਰ ਖੋਜ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਭਵਿੱਖੀ ਖੋਜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਮੰਗਾਂਗੇ।

ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਵਰਤਣ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ, ਪਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਅਧਿਐਨ ਟੀਮ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸੂਚਿਤ ਕਰਕੇ ਅਜਿਹਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਨਵੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਤਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ, ਪਰ ਜੋ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤੀ ਜਾ ਚੁੱਕੀ ਹੈ, ਉਹ ਹਾਲੇ ਵੀ ਵਰਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਦੂਜਿਆਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਸਮੇਤ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਦਰਜ ਕਰਾਂਗੇ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੇ ਖੋਜ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰੇ ਨਿਯਮ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਉਹ ਸਥਾਈ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਰਾਂ ਦੁਆਰਾ ਦੇਖੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਡਾਕਟਰ, ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਰ।

ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਵਰਤਣ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਹੋਵੇਗੀ, ਪਰ ਇਹ ਕਾਨੂੰਨ ਸਿਰਫ਼ ਡਾਕਟਰਾਂ, ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ’ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਜੋ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਦੂਜਿਆਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੇਕਰ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਅਜਿਹੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ’ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀਕਰਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਰਤ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ।

ਖੋਜਕਾਰ [www.ClinicalTrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov/) ਬਾਰੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਗੇ।

Note: Only use the following language if the study (1) relies on medical records (or a patient’s health care provider) as a source of information about the treatment and/or diagnosis of one or more of the specially protected categories below; or (2) involves treatment and/or diagnosis of one or more of the specially protected categories below. For the following section, delete any types of information that do not apply to your study. If none apply, delete the whole section.

**ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ**

ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕਿਸਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਰਚਨਾ, ਵਰਤੋਂ, ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੁਝ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਵੱਖਰੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ, ਜੋ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੀ ਉਮਰ ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹਨ, ਉਹ ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਗੇ। ਸੂਚੀਬੱਧ ਉਮਰ ਸੀਮਾ(ਵਾਂ) ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਨਾਬਾਲਗਾਂ ਲਈ, ਮਾਪੇ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਗੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਬਣਾਉਣ, ਵਰਤਣ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਆਪਣੇ ਛੇਟੋ ਦਸਤਖਤਾਂ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨੂੰ ਚਿੰਨ੍ਹਿਤ ਕਰੋ:

|  |  |
| --- | --- |
|  | ਏਡਜ਼/ਐੱਚ.ਆਈ.ਵੀ. (AIDS/HIV) (14 ਅਤੇ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ) ਸਮੇਤ ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪ੍ਰਸਾਰਿਤ ਲਾਗ |
| ਛੋਟੇ ਦਸਤਖਤ |
|  | ਜਿਨਸੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਜਨਨ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਚਿੰਤਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੰਬੰਧਿਤ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ (14 ਅਤੇ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ) ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀਆਂ |
| ਛੋਟੇ ਦਸਤਖਤ |
|  | ਵਿਵਹਾਰ ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ/ਬਿਮਾਰੀ (13 ਅਤੇ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ) |
| ਛੋਟੇ ਦਸਤਖਤ |
|  | ਡਰੱਗ ਜਾਂ ਅਲਕੋਹਲ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ (13 ਅਤੇ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ) |
| ਛੋਟੇ ਦਸਤਖਤ |

### **ਤੁਹਾਨੂੰ ਖਰਚਿਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ**

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਕਿ ਕੀ ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਵਾਧੂ ਖਰਚੇ ਹਨ।

# **ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਭਾਗ ਨਹੀਂ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ, ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ? ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?**

**ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣਾ ਸਵੈਇੱਛਤ ਹੈ।** 'ਨਹੀਂ' ਕਹਿਣਾ 'ਠੀਕ' ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਭਾਗ ਲੈਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। 'ਨਹੀਂ' ਕਹਿਣ ਜਾਂ ਜਲਦੀ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋਣ ਲਈ ਕੋਈ ਜੁਰਮਾਨਾ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਨਾਲ ਹੀ, ਖੋਜਕਰਤਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਹਿੱਤ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨਗੇ। ਜੇਕਰ ਉਹ ਅਧਿਐਨ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸਦੇ ਕਾਰਨ ਸਮਝਾਉਣਗੇ।

# **ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਭਾਗ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?**

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਖੋਜਕਰਤਾ ਨਾਲ ਮੁਲਾਕਾਤ ਕਰੋਂਗੇ। ਇਹ ਖੋਜਕਰਤਾ, ਇੱਕ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਧਿਐਨ ਬਾਰੇ ਦੱਸੇਗਾ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਲਈ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ! ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਭਾਗ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਲ ਰੱਖਣ ਲਈ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਵੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ, ਜੋ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਖੋਜਕਰਤਾ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੇਗਾ।

**ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ:**

|  |
| --- |
| ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ, ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਲਈ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰਾਂ 'ਤੇ ਖੋਜਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਛੱਡੋ ਅਤੇ ਖੋਜਕਰਤਾ ਵਾਪਸ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਕਾਲ ਕਰਵਾਏਗਾ।  **ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ/ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕੋਈ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਹੈ, ਤਾਂ 911 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।**  ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਕੋਲ ਅਧਿਕਾਰ ਹਨ। (ਇਸ ਫਾਰਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਪੰਨਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਦਾ ਹੈ)। ਜੇਕਰ ਇਹਨਾਂ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ IRB ਨੂੰ (206) 987-7804 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। IRB ਉਹ ਕਮੇਟੀ ਹੈ, ਜੋ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਖੋਜ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। IRB ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ। ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਛੱਡੋ ਅਤੇ IRB ਦਾ ਇੱਕ ਮੈਂਬਰ ਕਿਸੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਤੁਹਾਡੀ ਕਾਲ ਕਰਵਾਏਗਾ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਅਧਿਐਨ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ, ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਹਨ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅਧਿਐਨ ਟੀਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ IRB ਨੂੰ ਵੀ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। |

**ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਖੋਜਕਰਤਾ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ ਹੋਵੇਗਾ। ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਬਾਰੇ ਸਾਰੇ ਵੇਰਵੇ ਹੋਣਗੇ। ਫਾਰਮ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ ਹੋਣ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 1-2 ਹਫ਼ਤੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ।**

## *ਭਾਗੀਦਾਰ/ਮਾਪਿਆਂ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਬਿਆਨ*

**ਮੈਨੂੰ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਜ਼ੁਬਾਨੀ ਪੇਸ਼ਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਜ਼ੁਬਾਨੀ ਪੇਸ਼ਕਾਰੀ ਦੌਰਾਨ ਮੇਰੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਪ੍ਰਵਾਹ ਮੌਜੂਦ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਵਿਅਕਤੀ ਅਧਿਐਨ ਜਾਂ ਖੋਜ ਭਾਗੀਦਾਰਾਂ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਮੇਰੇ ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣਗੇ। ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਨੰਬਰ ਪਤਾ ਹੈ** **ਮੈਂ ਸਵੈਇੱਛਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।**

### **ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਇਸ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਭਾਗੀਦਾਰ ਇੱਕ ਪਾਲਣ-ਪੋਸਣ ਵਾਲਾ ਬੱਚਾ ਹੈ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦਾ ਇੱਕ ਵਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖੋਜਕਰਤਾ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰੋ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੈ।**

**ਖੋਜ ਭਾਗੀਦਾਰ ਦਾ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਨਾਮ**

**ਖੋਜ ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਜੇਕਰ ≥ 13 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ਤਾਰੀਖ਼** |  | **ਸਮਾਂ** |

**ਮਾਤਾ ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ ’ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਨਾਮ**

**ਮਾਤਾ ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ ’ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ਤਾਰੀਖ਼** |  | **ਸਮਾਂ** |

**ਮਾਤਾ ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ ’ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਨਾਮ**

**ਮਾਤਾ ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ ’ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ਤਾਰੀਖ਼** |  | **ਸਮਾਂ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ਸਿਰਫ਼ ਅਧਿਐਨ ਟੀਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ:** | |
| ਜੇਕਰ ਦੂਜੇ ਮਾਪਿਆਂ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਗਏ, ਤਾਂ ਦੱਸੋ ਕਿ ਅਜਿਹਾ ਕਿਉਂ: (ਇੱਕ ਚੁਣੋ) | |
| * IRB ਨੇ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਮਾਪਿਆਂ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ। * ਦੂਜੇ ਮਾਪੇ ਮਰ ਚੁੱਕੇ ਹਨ, ਅਣਜਾਣ, ਅਯੋਗ, ਜਾਂ ਵਾਜਬ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹੈ | * ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਮਾਪਿਆਂ ਦੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ਸਿਰਫ਼ ਅਧਿਐਨ ਟੀਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ:** | |
| ਸਹਿਮਤੀ | * ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ |
| * ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਕਿਉਂਕਿ ਵਿਸ਼ੇ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਇੰਨੀ ਸੀਮਿਤ ਹੈ ਕਿ ਵਿਸ਼ੇ ਬਾਰੇ ਵਾਜਬ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਲਾਹ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ। |

***ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ***

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਨਾਮ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਹੀ ਦਰਜ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੇਕਰ ਸਹਿਮਤੀ ਅਨੁਸਾਰੀ ਅਨੁਵਾਦਿਤ ਛੋਟੇ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੁਆਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

|  |  |
| --- | --- |
| **ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਨਾਮ**  ***(ਜੇਕਰ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੇਸ਼ਕਾਰੀ ਦੌਰਾਨ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ)*** | **ਤਾਰੀਖ਼** |

## *ਗਵਾਹ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ*

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੇਸ਼ਕਾਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ IRB ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦੀ ਸਹਿਮਤੀ/ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਛੋਟੇ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

***ਗਵਾਹ ਦਾ ਬਿਆਨ***

**ਮੈਂ ਇਸ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਜ਼ੁਬਾਨੀ ਪੇਸ਼ਕਾਰੀ ਦੌਰਾਨ ਹਾਜ਼ਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ।**

**ਗਵਾਹ ਦਾ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਨਾਮ**

**ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖਤ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ਤਾਰੀਖ਼** |  | **ਸਮਾਂ** |

ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕਾਪੀਆਂ: ਖੋਜ ਭਾਗੀਦਾਰ ਜਾਂ ਮਾਪੇ(ਮਾਪੇ)/ **ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ** ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ **(*ਜੇਕਰ ਉਚਿਤ ਹੋਵੇ*)**

# **ਖੋਜ ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ\***

**ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।**ਇੱਕ ਖੋਜ ਭਾਗੀਦਾਰ ਵਜੋਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਕੋਲ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੇ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ:

1. ਇਹ ਦੱਸੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਿ ਅਧਿਐਨ ਕੀ ਸਿਖਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ,
2. ਇਹ ਦੱਸੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਿ ਅਧਿਐਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਕੀ ਵਾਪਰੇਗਾ। ਇਹ ਦੱਸੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਕੋਈ ਵੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ, ਦਵਾਈਆਂ, ਜਾਂ ਡਿਵਾਈਸਾਂ ਮਿਆਰੀ ਅਭਿਆਸ ਵਿੱਚ ਵਰਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹਨ,
3. ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅਕਸਰ ਅਤੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜੋਖਮਾਂ, ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਜਾਂ ਬੇਅਰਾਮੀ ਬਾਰੇ ਦੱਸੇ ਜਾਣ ਲਈ,
4. ਇਹ ਦੱਸੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਭਾਗ ਲੈਣ ਤੋਂ ਕਿਸੇ ਲਾਭ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ, ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਲਾਭ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ,
5. ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਹੋਰ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੇ ਜਾਣ ਲਈ ਅਤੇ ਉਹ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਜਾਂ ਮਾੜੇ ਕਿਵੇਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ,
6. ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤੇ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ,
7. ਇਹ ਦੱਸੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਿ ਜੇ ਕੋਈ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਉਪਲਬਧ ਹੈ,
8. ਅਧਿਐਨ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਭਾਗ ਲੈਣ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਬਾਰੇ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਭਾਗ ਲੈਣ ਬਾਰੇ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲਣ ਲਈ। ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਉਸ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗੀ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹੈ,
9. ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ,
10. ਇਹ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਦਬਾਅ ਤੋਂ ਮੁਕਤ ਹੋਣਾ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

\*ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਾਜ ਦੇ ਪ੍ਰਯੋਗਾਤਮਕ ਵਿਸ਼ੇ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੇ ਬਿੱਲ ਤੋਂ ਅਪਣਾਇਆ ਗਿਆ