

DDMCH IEC

କ୍ଲିନିକାଲ୍ ପରୀକ୍ଷାରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ସୂଚିତ ସମ୍ମତି ଫର୍ମ

ଅଧ୍ୟୟନ ନାମ: _____

ଅଧ୍ୟୟନ ସଂଖ୍ୟା: _____

ବିଷୟର ପ୍ରାରମ୍ଭ: _____

ବିଷୟର ନାମ: _____

ଜନ୍ମତାରିଖ / ବୟସ: _____

ବିଷୟର ଠିକଣା: _____

ଯୋଗ୍ୟତା: _____

ବୃତ୍ତି: ଛାତ୍ର କିମ୍ବା ସାମ୍ବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ସେବା କିମ୍ବା ଗୃହିଣୀ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟମାନେ (ଦୟାକରି ଉପଯୁକ୍ତ ଭାବରେ ଲିଖିତ)

ବିଷୟର ବାର୍ଷିକ ଆୟ: _____

ମନୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା ଏବଂ ବିଷୟ ସହିତ ତାଙ୍କର ସମ୍ପର୍କ (ପରୀକ୍ଷା ସମ୍ପର୍କୀୟ ମୂଲ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ କ୍ଷତିପୂରଣ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ):

ପ୍ରାରମ୍ଭିକ ବାନ୍ଧୁ ରଖନ୍ତୁ (ବିଷୟ) (ହ/ନା)

- (i) ମୁଁ ନିଶ୍ଚିତ କରେ ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ଅଧ୍ୟୟନ ଗୁଡ଼ିକ, ପଢ଼ିଛି ଏବଂ ବୁଝିଛି | ସିଡ଼ି ତାରିଖ _____ ଏବଂ ଏହାର ପ୍ରଶ୍ନପତ୍ରାବଳୀର ସୁଯୋଗ ପାଇଛି | ()
- (ii) ମୁଁ ବୁଝି ପାରୁଛି ଯେ ଅଧ୍ୟୟନରେ ମୋର ଅଂଶଗ୍ରହଣ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଏବଂ ଯେକୌଣସି କାରଣ ନ ଦେଇ, ମୁଁ ଯେକୌଣସି ସମୟରେ ପ୍ରତ୍ୟାହାର କରିବାକୁ, ମୁକ୍ତ ଅଟେ, ମୋର ଚିକିତ୍ସାସେବା କିମ୍ବା ଆଇନଗତ ଅଧିକାର ପ୍ରଭାବିତ ନହେବ | ()
- (iii) ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ କ୍ଲିନିକାଲ୍ ପରୀକ୍ଷାରେ ପ୍ରୟୋଜକ, ଅନ୍ୟମାନେ କାର୍ଯ୍ୟ କରୁଛନ୍ତି | ପ୍ରୟୋଜକଙ୍କ ତରଫରୁ, IEC କମିଟି ଏବଂ ନିୟାମକ ମୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ରେକର୍ଡ ଦେଖିବା ପାଇଁ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ ମୋର ଅନୁମତି ଆବଶ୍ୟକ କରିବେ ନାହିଁ | ସାମ୍ପ୍ରତିକ ଅଧ୍ୟୟନ ଏବଂ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଗବେଷଣା ସମ୍ପର୍କରେ ଉଭୟ, ଏହା ସମ୍ପର୍କରେ ପରିଚାଳିତକର, ଯଦିଓ ମୁଁ ପରୀକ୍ଷାରୁ ଦୂରେଇଯାଏ | ମୁଁ ଏହି ପ୍ରବେଶ ପାଇଁ ରାଜିଅଟେ | ତଥାପି, ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ମୋର ପରିଚୟ ପ୍ରକାଶିତ ହେବ ନାହିଁ | ତୃତୀୟ ପକ୍ଷକୁ ପ୍ରକାଶିତ କିମ୍ବା ପ୍ରକାଶିତ ଯେକୌଣସି ସୂଚନାରେ ପ୍ରକାଶ ପାଇବ | ()
- (iv) ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରୁ ଉତ୍ପନ୍ନ କଣସି ତଥ୍ୟ କିମ୍ବା ଫଳାଫଳର ବ୍ୟବହାରକୁ ସୀମିତ ନକରିବାକୁ ମୁଁ ରାଜି ଅଟେ | ଏହି ପରି ବ୍ୟବହାର କେବଳ ବ୍ୟାପକ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ | ()
- (v) ମୁଁ ଉପରୋକ୍ତ ଅଧ୍ୟୟନରେ ଭାଗନେବାକୁ ରାଜି ଅଟେ | ()

ବିଷୟ / ଆଇନଗତ ଭାବରେ ଗ୍ରହଣୀୟ ପ୍ରତିନିଧୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ (କିମ୍ବା ଅମ୍ ଇଣ୍ଟିସନ୍):

ତାରିଖ: ____ / ____ /

ଦସ୍ତଖତକାରୀଙ୍କ ନାମ: _____

ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ: _____ ତାରିଖ: ____ / ____ /

ଅଧ୍ୟୟନ ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀଙ୍କ ନାମ: _____

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ : _____ ତାରିଖ: ____ / ____ /

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ: _____

ରୋଗୀ ସୂଚନା ସିଦ୍ଧକପି ଏବଂ ସଠିକ୍ ଭାବରେ ଭରପୂର ସୂଚନା ପ୍ରାପ୍ତ ସମ୍ମତି ଫର୍ମଟାଙ୍କ ସେବାୟତଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ |