

সম্মতি পত্র

আপনি যদি এই গবেষণায় অংশগ্রহণে ইচ্ছুক হন তাহলে নিম্নে বর্ণিত সব বিষয়ে সম্মতি প্রদান করুন।

১. আমি অংশগ্রহণের নির্দেশিকাটি ভালোভাবে পড়েছি বা আমাকে অন্য কেউ হ্যাঁ
পড়ে দিয়েছে।

২. আমি এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করা বা না করা বিবেচনা করার জন্য যথেষ্ট হ্যাঁ
সময় নিয়েছি।

৩. আমাকে গবেষণা সংক্রান্ত প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করতে এবং বুঝতে সাহায্য করার হ্যাঁ
জন্য আমার আইনী প্রতিনিধি, whanau / পারিবারিক সহায়তা বা কোনও বন্ধু
ব্যবহার করার সুযোগ হয়েছে।

৪. গবেষণার বিষয়ে আমি যে উত্তর দিয়েছি তাতে আমি সন্তুষ্ট এবং আমার হ্যাঁ
কাছে এই সম্মতিপত্র এবং তথ্য সহায়িকার একটি অনুলিপি আছে।

৫. টেলিহেলথ ব্যবহার করে ভিডিও কলিংয়ের মাধ্যমে এই গবেষণায় হ্যাঁ
অংশগ্রহণে আমি সম্মতি দিচ্ছি।

৬. আমি স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যসহ আমার যাবতীয় তথ্য সংগ্রহ এবং হ্যাঁ
প্রক্রিয়াজাতকরণের জন্য গবেষণার কর্মীদের সম্মতি জ্ঞাপন করছি।

৭. আমি জানি গবেষণা সম্পর্কিত আমার যদি সার্বিক কোনও প্রশ্ন থাকে তবে হ্যাঁ
কার সাথে যোগাযোগ করতে হবে।

৮. আমি অবগত আছি যে, এই গবেষণায় অংশ নেওয়া আমার ইচ্ছার উপর হ্যাঁ
নির্ভর করে এবং যে কোনও সময় গবেষণা থেকে সরে গেলেও এটি আমার
চিকিৎসা সেবাকে প্রভাবিত করবে না।

৯. যদি আমি গবেষণা থেকে সরে আসার সিদ্ধান্ত নিই, তবুও আমি সম্মত হই হ্যাঁ না
যে নিজে থেকে প্রত্যাহার করার পরও আমার সম্পর্কে সংগৃহীত তথ্য
প্রক্রিয়াকরণ অব্যাহত রাখা যাবে।

১০.	আমি আমার GP বা বর্তমান স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে গবেষণার সময় প্রাপ্ত যে কোনও উল্লেখযোগ্য ফলাফল অবহিত করার বিষয়ে সম্মতি জানাই।	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/> (আপনার সাক্ষাৎকার গ্রহণকারী সাথে আলাপ করুন।)
১১.	এই গবেষণায় আমার এনএইচআই নম্বরটি ব্যবহারের মাধ্যমে ৫ বছর আগের এবং গবেষণারত অবস্থায় যতবার আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে পরিদর্শন করেছি, সেটির একটি তুলনা করার জন্য সম্মতি জানাই।	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
১২.	যদি প্রয়োজন হয়, তবে আমার আরও সহায়তার জন্য, আমাকে উপযুক্ত পরিষেবাগুলিতে প্রেরণেরও সম্মতি জানাই।	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
১৩.	আমি আমার প্রাসঙ্গিক মেডিকেল রেকর্ড যা এই গবেষণায় ধারণ করা হয়েছে তা শুধুমাত্র যথাযথ পরীক্ষা করার উদ্দেশ্যে নিউজিল্যান্ড স্বাস্থ্য ও প্রতিবন্ধী নৈতিকতা কমিটি দ্বারা নিযুক্ত এবং অনুমোদিত অডিটর বা কোনও প্রাসঙ্গিক নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষ বা তাদের অনুমোদিত প্রতিনিধি দ্বারা পর্যালোচনা করার জন্য সম্মতি জানাই।	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	
১৪.	আমি এই গবেষণার সারসংক্ষেপসহ ফলাফল পেতে আগ্রহী।	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
১৫.	আমি ১৫ই মার্চ সন্ধানী হামলার ৩ এবং ৫ বছর পরের ভবিষ্যৎ গবেষণার জন্য সম্মতি জানাই।	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
১৬.	আমি অনুধাবন করতে পারি যে, এই গবেষণায় আমার অংশগ্রহণ সম্পূর্ণ গোপনীয় থাকবে এবং যে কোনও উপাদান যা আমাকে ব্যক্তিগতভাবে সনাক্ত করতে পারে, তা এই গবেষণার কোনও প্রতিবেদনে ব্যবহার করা হবে না।	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	

অংশগ্রহণকারী দ্বারা ঘোষিত:

আমি এই মর্মে এই গবেষণায় অংশগ্রহণে সম্মতি প্রদান করছি।

অংশগ্রহণকারীর নাম:

স্বাক্ষর:

তারিখ: