

## رضامندی فارم

اگر آپ اس اسٹڈی میں حصہ لینے پر راضی ہیں تو براہ کرم ذیل میں دیئے گئے تمام بیانات کے لئے اپنی رضامندی فراہم کریں۔

- 1- میں نے خود پڑھا ہے یا مجھے میری مادری زبان میں بتایا گیا ہے، اور میں حصہ لینے ہاں  ہاں  والی معلوماتی شیٹ کو سمجھتا / سمجھتی ہوں۔

---

- 2- مجھے اس اسٹڈی میں حصہ لینے یا نہ لینے کا فیصلہ کرنے کے لئے مناسب وقت دیا گیا ہے۔ ہاں  ہاں

---

- 3- مجھے سوال پوچھنے اور اسٹڈی کو سمجھنے کے لئے قانونی نمائندے، فیملی سپورٹ یا دوست سے مشورہ کرنے کا موقع دیا گیا ہے۔ ہاں  ہاں

---

- 4- میں اسٹڈی کے بارے میں دیئے گئے جوابات سے مطمئن ہوں اور میرے پاس اس رضامندی فارم اور معلوماتی شیٹ کی ایک کاپی موجود ہے۔ ہاں  ہاں

---

- 5- میں اس ٹیلی ہیلتھ انٹرویو کے لئے ویڈیو کاننگ کے استعمال کی اجازت دیتا / دیتی ہوں۔ ہاں  ہاں

---

- 6- میں اسٹڈی کرنے والے عملہ کو اپنے اور اپنی صحت کے بارے میں معلومات کو جمع اور پروسیس (process) کرنے کا اختیار دیتا / دیتی ہوں۔ ہاں  ہاں

---

- 7- میں جانتا / جانتی ہوں کہ اگر مجھے اسٹڈی کے بارے میں کوئی سوال ہو تو مجھے کس سے رابطہ کرنا ہے۔ ہاں  ہاں

---

- 8- میں سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ اس اسٹڈی میں حصہ لینا رضاکارانہ (میری مرضی) ہے اور میں کسی بھی وقت اسٹڈی سے دستبردار ہو سکتا / سکتی ہوں اور اس کا میری طبی دیکھ بھال پر کوئی اثر نہ ہو گا۔ ہاں  ہاں

---

- 9- اگر میں اسٹڈی سے دستبرداری کا فیصلہ کرتا / کرتی ہوں تو، میرے بارے میں جمع کی گئی معلومات استعمال کی جا سکتی ہیں۔ ہاں  ہاں  نہیں

---

- 10- اسٹڈی کے دوران حاصل کردہ اہم نتائج کی صورت میں، میرے جی پی یا موجودہ ہیلتھ پرووائیڈر کو ان سے آگاہ کیا جائے۔ ہاں  ہاں  نہیں  (برائے مہربانی اپنے انٹرویو لینے والے سے اس بارے میں گفتگو کریں۔)

---

- 11- میں اجازت دیتا ہوں کہ میرا NHI نمبر اسٹڈی سے 5 سال قبل اور اس کے دوران، ڈاکٹر یا ہیلتھ پرووائیڈر سے ملاقات کی تعداد کا موازنہ کرنے کے لئے استعمال کیا جائے۔ ہاں  ہاں  نہیں

---

- 12- میں ضرورت پڑنے پر، مزید امداد کے حصول کے لئے مناسب سروسز کو ریفر (refer) کرنے کے لئے رضامند ہوں۔ ہاں  ہاں  نہیں

	<p>13- میں نیوزی لینڈ کی ہیلتھ اور ڈس ایبیلیٹی کی اخبہتیاتی کمیٹی کے منظور شدہ آڈیٹر، یا کسی بھی متعلقہ ریگولیٹری اتھارٹی یا ان کے منظور شدہ نمائندے سے، اسٹڈی میں درج معلومات کی درستگی کی جانچ پڑتال کے لئے، میرے متعلقہ طبی ریکارڈ کا جائزہ لینے کی اجازت دیتا / دیتی ہوں۔</p>
<p><input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں</p>	<p>14- میں اسٹڈی کے نتائج کا خہنصہ حاصل کرنا چاہتا / چاہتی ہوں۔</p>
<p><input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں</p>	<p>15- میں سانحے کے 3 اور 5 سال بعد اور مستقبل میں ہونے والی اسٹڈی کے بارے میں رابطہ کرنے پر رضامند ہوں۔</p>
<p><input type="checkbox"/> ہاں</p>	<p>16- میں سمجھتا ہوں کہ اس اسٹڈی میں میری شرکت خفیہ ہے اور کوئی بھی ایسا مواد جس سے میری شناخت ممکن ہو، اسے اسٹڈی کی کسی بھی رپورٹ میں استعمال نہیں کیا جائے گا۔</p>

### اعلان شرکت:

میں اس اسٹڈی میں حصہ لینے پر رضامند ہوں۔

شرکاء کا نام:

دستخط: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_