*यो कागजात सहभागीले बुझ्न सक्ने भाषामा लेखिएको हुनुपर्दछ*

| http://staffnet/Staff/Reference/MarketingandBrandingResources/CHALogoForEveryday.png | **छोटो फाराम**  **(2018 संशोधित साझा नियम मापदण्डहरू)** |
| --- | --- |
| **अध्ययनको शीर्षक:** | |
| **प्रमुख अनुसन्धानकर्ताको नाम:** | |
| **प्रश्नहरू भएमा कल गर्न अध्ययन सम्पर्क व्यक्तिको नाम र टेलिफोन नम्बर:** | |
| **CHA IRB नम्बर:** CHA-IRB- | |

तपाईंलाई एक अनुसन्धानमूलक अध्ययनमा भाग लिन अनुरोध गरिएको छ । तपाईं सहमत हुनु अघि, पहिले तपाईंलाई अनुसन्धानमूलक अध्ययनको सारांश प्रदान गर्नुपर्ने हुन्छ । यस सारांशमा तपाईं अध्ययनमा सामेल हुन चाहने वा नचाहने कारणहरू बुझ्न मद्दत गर्नका लागि मुख्य जानकारी समावेश गर्नुपर्दछ ।

सारांश प्रस्तुत गरिसकेपछि, अनुसन्धानकर्ताले तपाईंलाई निम्न कुराहरूको बारेमा बताउनुपर्दछः

1. अनुसन्धानको उद्देश्य, कार्यविधि र अवधि;
2. कुनै पनि प्रयोगात्मक कार्यविधिहरू;
3. यथोचित रूपमा अनुमान गर्न सकिने अनुसन्धानका कुनै पनि जोखिम, असुविधा र लाभहरू;
4. लाभदायक हुन सक्ने कुनै पनि वैकल्पिक कार्यविधि वा उपचार; र
5. गोपनीयता कसरी कायम राखिने छ, र यस अध्ययनको क्रममा सङ्कलन गरिएको तपाईंको व्यक्तिगत विवरण र/वा बायोस्पेसिमेन (जैविक नमूना) हरू भण्डारण गरी भविष्यको अनुसन्धानका लागि प्रयोग गरिने छ कि छैन भन्ने लगायत तपाईंको स्वास्थ्य विवरण कसरी सुरक्षित गरिने छ ।

लागू भएमा, अनुसन्धानकर्ताले तपाईंलाई निम्न कुराहरूको बारेमा पनि बताउनुपर्दछ:

1. चोटपटक लागेमा कुनै पनि उपलब्ध क्षतिपूर्ति वा चिकित्सा उपचार;
2. अप्रत्याशित जोखिमहरूको सम्भावना;
3. अनुसन्धानकर्ताले तपाईंको सहभागिता रोक्न सक्ने परिस्थितिहरू;
4. तपाईंले बेहोर्नुपर्ने कुनै पनि अतिरिक्त खर्च;
5. तपाईंले सहभागी हुन बन्द गर्ने निर्णय गर्नुभयो भने के हुन्छ;
6. तपाईंको सहभागी हुने तत्परतालाई असर गर्न सक्ने नयाँ खोजहरूको बारे तपाईंलाई कहिले बताइने छ; र
7. अध्ययनमा कति जना मानिसहरू सहभागी हुने छन्;
8. व्यावसायिक लाभका लागि तपाईंको जैविक नमूनाहरूको प्रयोग र उक्त नाफाबाट तपाईंले हिस्सा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ कि सक्नुहुन्न;
9. तपाईंलाई तपाईंका अनुसन्धान नतिजाहरूको बारेमा बताइने छ कि छैन; र,
10. अनुसन्धानमा सम्पूर्ण जीनोम सिक्वेन्सिङ समावेश हुन्छ कि ।

यदि तपाईं सहभागी हुन सहमत हुनुभयो भने, तपाईंलाई यस कागजातको हस्ताक्षर गरिएको एक प्रति र अनुसन्धानको लिखित सारांश प्रदान गरिनुपर्दछ ।

**मद्दत प्राप्त गर्ने (सम्पर्कहरू)**

अध्ययनसँग सम्बन्धित कुनै पनि प्रश्नहरूको जवाफका लागि वा तपाईं यस अध्ययनमा भएको कारणले चोटपटक वा बिरामी हुनुभयो भने अध्ययन अनुसन्धानकर्ताहरूलाई फोन गर्नुहोस् ।

तपाईंसँग अध्ययनमा सहभागी हुनुको नाताले तपाईंका अधिकारहरूको बारेमा प्रश्नहरू छन् भने कृपया IRB कार्यालय वा बिरामी सम्बन्ध विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् । कार्यालयहरू सोमबारदेखि शुक्रबार (बिदाको दिन बाहेक) बिहान 8:30 बजेदेखि बेलुका 5:00 बजेसम्म खुला रहने छन्:

IRB अध्यक्ष टेलिफोन: 617-806-8702

बिरामी सम्बन्ध प्रबन्धक टेलिफोन: 617-665-1398

यस अनुसन्धानमा तपाईंको सहभागिता स्वैच्छिक हो र यदि तपाईंले भाग लिन अस्वीकार गर्नुभयो वा बिचमा यस अध्ययनबाट बिहिरिने निर्णय गर्नुभयो भने पनि तपाईंलाई दण्डित गरिने वा लाभहरूबाट वञ्चित गरिने छैन ।

**स्वीकृतिको दस्तावेज**

यस अनुसन्धानमूलक अध्ययन गर्ने व्यक्तिले यस अनुसन्धानमूलक अध्ययनमा भाग लिएको खण्डमा मलाई के-के हुने छ भनेर व्याख्या गर्नुभएको छ । तल मैले हस्ताक्षर गर्नुको अर्थ म यस अनुसन्धानमूलक अध्ययनमा सहभागी चाहन्छु भन्ने हुन्छ । म यस अनुसन्धानमूलक अध्ययनमा भाग लिन चाहन्नँ भने म भाग नलिने निर्णय गर्न सक्छु र मैले भाग लिन नचाहेको खण्डमा मलाई केही हुने छैन ।

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

सहभागीको हस्ताक्षर (18 वर्षभन्दा कम उमेरको) मिति

**मञ्जुरीनामा दस्तावेज**

यस कागजातमा हस्ताक्षर गर्नुको अर्थ माथिको जानकारी लगायत अनुसन्धानमूलक अध्ययनको बारेमा तपाईंलाई मौखिक रूपमा वर्णन गरिएको छ र तपाईं स्वेच्छापूर्वक सहभागी हुन सहमत हुनुहुन्छ भन्ने हुन्छ ।

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

सहभागी वा कानुनी अधिकार मिति

प्राप्त प्रतिनिधको हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ सहभागी वा कानुनी अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको नाम (ठूला अक्षरमा)

वा कानुनी अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको बिरामीसँगको नाता-सम्बन्ध

मैले अध्ययनका सहभागीलाई निम्न कुराहरूको जानकारी गराएको छु:

• माथि वर्णन गरिएको अध्ययनमा सहभागी हुने कुरासँग सम्बन्धित कार्यविधि, उद्देश्य र जोखिमहरू;

• निजको स्वास्थ्य विवरण कसरी प्रयोग, आदानप्रदान र रिपोर्ट गर्न सकिने छ, र;

• निजका गोपनीयता सम्बन्धी अधिकारहरू ।

अध्ययनका सहभागीलाई यस फारामको हस्ताक्षर गरिएको एक प्रति र IRB द्वारा स्वीकृत सूचित सहमति फारामको एक प्रति उपलब्ध गराइएको छ ।

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

सहमति प्राप्त गर्ने अनुसन्धानकर्ताको हस्ताक्षर मिति

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

सहमति प्राप्त गर्ने अनुसन्धानकर्ताको नाम

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

साक्षीको हस्ताक्षर मिति