**संस्था :**

**प्रमुख शोधकर्ता :**

**अध्ययन संख्या:**

**अध्ययन शीर्षक:**

तपाईंलाई शोध अध्ययनमा सहभागी हुन आग्रह गरिएको छ । तपाईं सहमत हुनु अघि, तपाईं पहिले शोध अध्ययनको सारांश प्रदान गर्नपर्नेछ । तपाईं अध्ययनमा सहभागी हुन चाहनुहुन्छ वा हुँदैन भन्ने कारण बुझ्नको लागि यो सारांशमा मुख्य जानकारी हुनुपर्छ ।

यो शोधमा तपाईंको सहभागिता स्वैच्छिक छ, र यदि तपाईंले सहभागी हुन अस्वीकार गर्नुभएमा वा रोक्ने निर्णय गर्नुभएमा तपाईंलाई जरिवाना गरिने छैन वा सुविधाहरू गुमाउनुहुने छैन ।

सारांश प्रस्तुत गरेपछि, अध्ययन टोलीले तपाईंलाई अध्ययनको बारेमा थप विवरणहरू प्रदान गर्छ जसमा निम्न कुराहरू समावेश हुनुपर्छ :

1. उद्देश्यहरू, प्रक्रियाहरू, र शोधको अवधि;
2. प्रयोगात्मक हुने कुनै पनि प्रक्रियाहरू;
3. शोधको कुनै पनि तर्कसंगत सम्भावित जोखिम, असफलता, र लाभ;
4. कुनै पनि सम्भावित फाइदाजनक वैकल्पिक प्रक्रियाहरू वा उपचारहरू; र
5. गोपनीयता कसरी कायम राख्ने ।

जहाँ लागू हुन्छ, अध्ययन टोलीले तपाईंको बारेमा निम्न कुरा पनि भन्नुपर्छ :

1. यदि चोटपटक लागेमा कुनै पनि उपलब्ध क्षतिपूर्ति वा चिकित्सा उपचार भएमा;
2. अप्रत्याशित जोखिमको सम्भावना;
3. अनुसन्धानकर्ताले तपाईंको सहभागिता रोक्न सक्ने परिस्थितिहरू;
4. तपाईंलाई थपिएका कुनै लागतहरू;
5. यदि तपाईं सहभागी हुन छोड्नुभएमा के हुन्छ;
6. तपाईंको सहभागिताको रुचिलाई असर गर्न सक्ने नयाँ खोजहरूको बारेमा बताउँदा;
7. अध्ययनमा कति जना मानिसहरू हुनेछन्;
8. व्यावसायिक लाभको लागि तपाईंको जैविक नमूनाहरूको प्रयोग;
9. तपाईंलाई तपाईंको शोध परिणामहरूको बारेमा भनिएको छ वा छैन;
10. शोधले सम्पूर्ण जीनोम अनुक्रमण समावेश गर्न सक्छ वा सक्दैन; र
11. भविष्यमा तपाईंको जानकारी वा जैविक नमूनाहरूको कुनै पनि प्रयोग ।
12. क्लिनिकल जाँचहरूको लागि : अमेरिकी कानूनको आवश्यकता अनुसार, यो क्लिनिकल परीक्षणको विवरण <https://www.clinicaltrials.gov> मा उपलब्ध हुनेछ । यस वेबसाइटले तपाईंलाई पहिचान गर्न सक्ने जानकारी समावेश गर्दैन । बढीमा, वेबसाइटले परिणामहरूको सारांश समावेश गर्छ । तपाईं कुनै पनि समयमा यो वेबसाइटमा खोजी गर्न सक्नुहुन्छ ।

साथै, NIH नीति अनुरुप यो क्लिनिकल परीक्षणको विवरण [https://www.clinicaltrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov/) मा उपलब्ध हुन सक्छ ।

यदि तपाईं सहभागी हुन सहमत हुनुहुन्छ भने, तपाईंलाई यो कागजातको हस्ताक्षर गरिएको प्रतिलिपि र शोधको लिखित सारांश दिइनेछ ।

तपाईंसँग शोधको बारेमा प्रश्नहरू भएमा *(नाम)* लाई *(फोन नम्बर)*       मा कुनै पनि बेला सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ ।

आफ्नो अधिकारहरूको बारेमा प्रश्नहरू भएमा वा तपाईं घाइते हुनुभएमा के गर्ने भन्ने बारेमा प्रश्नहरू भएमा तपाईले भएमा *(नाम)* लाई *(फोन नम्बर)*       मा कुनै पनि बेला सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ ।

यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्नुको अर्थ माथिको जानकारी सहित, उक्त शोध अध्ययन, तपाईंलाई मौखिक रूपमा व्याख्या गरिएको छ, र तपाईं स्वेच्छिक रुपमा सहभागी हुन सहमत हुनुहुन्छ ।

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  | |  | |  |
| शोध सहभागीको हस्ताक्षर | | |  | शोध सहभागीको नाम लेख्नुहोस् | |  | | मिति |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | |  |  | |  | |  |
| साक्षीको हस्ताक्षर\* | | |  | साक्षीको नाम लेख्नुहोस् | |  | | मिति |
|  |  |  | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| \_\_\_\_ सूचित सहमतिको प्रशासनलाई सहजीकरण गर्ने र साक्षीको रुपमा सेवा गर्ने अंग्रेजी र सहभागीले चाहेको भाषा बोल्न सक्ने दोभाषे । सहमति प्राप्त गर्ने अनुसन्धानकर्ताले पनि साक्षीको रुपमा काम नगर्न सक्छ । | | | | | | | | |
| \_\_\_\_ सूचित सहमतिको प्रशासनलाई सहजीकरण गर्ने र साक्षीको रुपमा सेवा नगर्ने अंग्रेजी र सहभागीले चाहेको भाषा बोल्न सक्ने दोभाषे । दोभाषेको सहयोग प्रदान गर्ने व्यक्तिको नाम वा ID कोड : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ हो । | | | | | | | | |