

(This form should be accompanied by the IRB approved consent document)



Children's Hospital Los Angeles (ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਹਸਪਤਾਲ ਲੋਸ ਏਂਜਲਸ)  
ਰਿਸਰਚ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ

ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇੱਕ ਰਿਸਰਚ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਪੁੱਛਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਵਿਗਿਆਨੀ (ਡਾਕਟਰ, ਨਰਸਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਪੇਸ਼ੇਵਰ) ਕਿਵੇਂ ਇਹ ਸਮਝਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਚੀਜ਼ਾਂ ਕਿਵੇਂ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਨਹੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਕੋਈ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਰੀਰ ਕਿਵੇਂ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਬਿਮਾਰੀ ਕਿਸ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਲੋਕ ਕੁਝ ਖਾਸ ਚੀਜ਼ਾਂ ਬਾਰੇ ਕੀ ਸੋਚਦੇ ਅਤੇ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਫੈਸਲਾ ਕਰੋ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਇਸ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲਵੇਗਾ, ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ (i) ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਦਾ ਉਦੇਸ਼, ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ - ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਖੋਜ ਕਿੰਨੀ ਦੇਰ ਤੱਕ ਚੱਲੇਗੀ; (ii) ਕੋਈ ਵੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਜੋ ਪ੍ਰਯੋਗੀ ਹਨ (ਜਾਂਚ ਕੀਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਹਨ); (iii) ਖੋਜ ਦੇ ਕੋਈ ਵੀ ਸੰਭਾਵੀ ਜੋਖਮ, ਬੇਆਰਾਮੀਆਂ, ਅਤੇ ਫਾਇਦੇ; (iv) ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ ਸੰਭਾਵੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਦਦਗਾਰ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਜਾਂ ਇਲਾਜ; ਅਤੇ (v) ਤੁਹਾਡੀ ਗੁਪਤਤਾ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਬਣਾ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਜਿੱਥੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ: (i) ਜੇ ਸੱਟ ਲਗਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ; (ii) ਅਗਿਆਤ ਜੋਖਮਾਂ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ; (iii) ਸਥਿਤੀਆਂ ਜਦੋਂ ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਨੂੰ ਰੋਕ ਸਕਦਾ ਹੈ; (iv) ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਵਾਧੂ ਲਾਗਤਾਂ; (v) ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣਾ ਬੰਦ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; (vi) ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਨਵੇਂ ਪਰਿਣਾਮਾਂ ਬਾਰੇ ਕਦੇ ਦੱਸਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦੀ ਇੱਛਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ; ਅਤੇ (vii) ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੇ ਲੋਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਗੇ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੀ ਕਾਪੀ ਅਤੇ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਲਈ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਲਿਖੀ ਗਈ ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਜ਼ਰੂਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਖੋਜ ਬਾਰੇ ਜਾਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹੋਣ ਕਿ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੱਟ ਲੱਗਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕੀ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ \_\_\_\_\_ ਨਾਲ \_\_\_\_\_ 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਕਿਸੇ ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਯੋਗ-ਅਧੀਨ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਵੀ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹੋਣ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ CHLA ਦੇ ਮਨੁੱਖੀ ਪ੍ਰਯੋਗੀ-ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (Human Subjects Protection Program) ਨਾਲ 323-361-2265 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਇਸ ਰਿਸਰਚ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਸਵੈ-ਇੱਛੁਕ (ਤੁਹਾਡੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ) ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਭਾਗ ਲੈਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾਂ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਬੰਦ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਜ਼ਰਮਾਨਾ ਨਹੀਂ ਲਗਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਨਹੀਂ ਗੁਆਓਗੇ।

ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮੇਤ ਰਿਸਰਚ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ੁਬਾਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

\_\_\_\_\_  
ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

\_\_\_\_\_  
ਮਿਤੀ

\_\_\_\_\_  
ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

\_\_\_\_\_  
ਮਿਤੀ

\_\_\_\_\_  
ਗਵਾਹ ਦਾ ਸਪਸ਼ਟ ਨਾਂ/ਦਸਤਖਤ

\_\_\_\_\_  
ਮਿਤੀ

*The witness's signature serves to attest that he/she provided the interpreting services and assisted with conveying explanation and questions and answers in the language spoken by the subject or the subject's parent/legal guardian.*

Routing of signed copies of the consent form: 1) Give to Parent; 2) Medical Records; 3) Investigator's file.

**IRB#:**