

লোগো যোগ করুন

হেডযুক্ত পেপারে প্রিন্ট করতে হবে



## Covid-19 - Repurposed drugs (TACTIC-R) নিয়ে pre-Icu এ ভর্তি হওয়া রোগীদের মধ্যে mulTiArm therapeutiC sTudy

### অংশগ্রহণকারীর তথ্য শিট এবং অবহিত সম্মতি ফর্ম

আপনাকে একটি কোভিড-19 পরীক্ষামূলক গবেষণায় অংশগ্রহণের আমন্ত্রণ জানানো হচ্ছে। সময় নিয়ে নিম্নলিখিত তথ্যটি মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে আমাদেরকে জিজ্ঞাসা করুন।

আরো তথ্য পাওয়া যাবে এখানে [www.tactictrial.net](http://www.tactictrial.net)

#### 1. এই ট্রায়ালের উদ্দেশ্য কী?

কোভিড-19 ফুসফুসকে প্রভাবিত করে এমন একটি রোগ যা SARS-CoV2 নামে পরিচিত একটি নতুন করোনাভাইরাস দ্বারা সৃষ্ট। এই গবেষণার উদ্দেশ্য হলো প্রতিরোধ ব্যবস্থায় কাজ করে এমন বিভিন্ন চিকিৎসার সাথে তুলনা করে কোভিড-19-এ আক্রান্ত রোগীদের চিকিৎসা করার সর্বোত্তম উপায়টি শনাক্ত করা। এর কারণ হলো গুরুতর কোভিড-19 সংক্রমণে, প্রতিরোধ ব্যবস্থাটির একটি "অতিরিক্ত-প্রতিক্রিয়া" রয়েছে যা পুরো শরীরকে অন্তর্ভুক্ত করে। এটি সম্ভাব্য চিকিৎসা হিসেবে প্রতিরোধ ব্যবস্থা নিয়ন্ত্রণ করে বা "সংশোধন" করে এমন ওষুধগুলিতে আগ্রহী করে তোলে।

#### 2. কোন চিকিৎসাগুলো তদন্ত করা হয়?

এই গবেষণাটি Baricitinib (সাধারণত বাতজনিত অবস্থার চিকিৎসার জন্য ব্যবহৃত হয়) Ravulizumab (paroxysmal nocturnal haemoglobinuria নামক অবস্থার চিকিৎসার জন্য ব্যবহৃত হয়) ওষুধগুলি পরীক্ষা করছে, যেগুলি আপনি গবেষণায় যোগ না দিলে হাসপাতালে প্রাপ্ত স্ট্যান্ডার্ড কেয়ারে ব্যবহৃত হয়ে থাকে। গবেষণার উভয় ওষুধই রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা "শান্ত" করার কাজ করে।

#### 3. আমি কোন চিকিৎসা পাবো?

আপনি যে চিকিৎসাটি পাবেন তা এলোমেলোভাবে বরাদ্দ করা হবে (ডাইস ঘোরানোর মতো)। এর অর্থ হলো আপনি হাসপাতাল থেকে ছাড়া অবধি এবং সর্বাধিক 14 দিনের জন্য Baricitinib গ্রহণ করবেন, বা একক ইনজেকশন হিসেবে Ravulizumab গ্রহণ করবেন, অথবা আপনি স্বাভাবিক মানের পরিচর্যা পাবেন। গবেষণার অগ্রগতির সাথে সাথে সম্প্রতিকতম বৈজ্ঞানিক প্রমাণের উপর ভিত্তি করে অতিরিক্ত ওষুধের চিকিৎসা যুক্ত বা অপসারণ করা হতে পারে। নিয়মিত ক্লিনিকাল টেস্টের জন্যও আমরা আপনার রক্তের নমুনা নিতে পারি এবং সংক্রমণের বিষয়ে আপনার প্রতিক্রিয়া দেখার জন্য অতিরিক্ত নমুনার বিকল্পটি নিতে পারি।

#### 4. ওষুধের পার্শ্ব প্রতিক্রিয়াগুলি কী কী?

Baricitinib:

- স্বাভাবিক (রোগীদের 10% এরও কম): উপরের শ্বাসযন্ত্রের সংক্রমণ (সর্দি সহ), বমি বমি ভাব, সর্দি ঘা, শিংশ, ত্বকের ফুসকুড়ি, পেটের সমস্যা, মূত্রনালীর সংক্রমণ, নিউমোনিয়া, লিভারের এনজাইমের উচ্চ মাত্রা।
- অস্বাভাবিক (রোগীদের 1% এরও কম): ওজন বৃদ্ধি, রক্তে শ্বেত কণিকার সংখ্যা কমে যাওয়া, রক্ত জমাট বাঁধা, মুখের

ফোলাভাব, ব্রণ এবং রক্ত জমাট বাঁধার ঝুঁকি বৃদ্ধি। Ravulizumab:

- খুব সাধারণ (রোগীদের 10% এর বেশি): উপরের শ্বাসযন্ত্রের সংক্রমণ, মাথাব্যথা, সাধারণ সর্দি।
- সাধারণ (রোগীদের 10% এরও কম): meningococcal সংক্রমণ, মাথা ঘোরা, বমি বমি ভাব, বমিভাব, ত্বকের ফুসকুড়ি, চুলকানি, পিঠ, জয়েন্ট এবং পেশী ব্যথা, পেশী টান খাওয়া, ক্লান্তি, ফ্লুর মতো অসুস্থতা, জ্বর, ঠাণ্ডা লাগা।

#### 5. আমাকে আমন্ত্রণ জানানো হয়েছে কেন?

আপনাকে এই গবেষণায় অংশ নেওয়ার জন্য আমন্ত্রণ জানানো হয়েছে কারণ আপনি কোভিড-19 পজিটিভ এবং সন্দেহজনক এবং গুরুতর লক্ষণগুলির বিকাশের ঝুঁকির আওতাধীন হিসেবে বিবেচিত হন। আমরা আরও বিশ্বাস করি যে baricitinib বা ravulizumab গ্রহণের মাধ্যমে আপনি উপকৃত হতে পারেন।

#### 6. আমাকে কি অংশগ্রহণ করতে হবে?

গবেষণায় যোগদান স্বৈচ্ছাসেবামূলক। আপনি অংশ নেওয়া বা নেওয়ার সিদ্ধান্তের দ্বারা আপনার পরিচর্যা প্রভাবিত হবে না।

#### 7. সম্ভাব্য সুবিধা কী কী?

চিকিৎসার কোনো উপকার হবে কি না তা আমরা এখনও নিশ্চিত নই, তবে এই গবেষণা ভবিষ্যতের রোগীদের চিকিৎসা শনাক্ত করতে সহায়তা করবে।

#### 8. অংশগ্রহণ করার সম্ভাব্য ঝুঁকিসমূহ কী কী?

এই চিকিৎসাগুলির পরিচিত পার্শ্ব প্রতিক্রিয়াগুলি (উপরে দেখুন) ব্যতীত যখন ravulizumab দেওয়া হয় তখন আপনি ইনজেকশনের জায়গায় কিছুটা অস্বস্তি বোধ করতে পারেন - এটি ট্রায়াল দল দ্বারা পর্যবেক্ষণ করা হবে। Ravulizumab মেনিনজাইটিস হওয়ার ঝুঁকি বাড়িয়ে দিতে পারে। সুতরাং যদি আপনাকে এলোমেলোভাবে Ravulizumab দেওয়া হয় তাহলে কোনো চিকিৎসকের কাছে থামার কথা না বলা পর্যন্ত আপনাকে অ্যান্টিবায়োটিকের একটি কোর্স গ্রহণ করতে হবে এবং মেনিনজাইটিসের বিরুদ্ধে টিকা দেওয়া হবে। এই অ্যান্টিবায়োটিকগুলি টিকা দেওয়ার আগে এবং টিকা দেওয়ার কমপক্ষে 2 সপ্তাহ পরে নেওয়া উচিত। আপনি যদি না চান, বা টিকা দিতে না পারেন তাহলে অ্যান্টিবায়োটিকগুলি 8 মাস ধরে চালিয়ে যেতে হবে।

#### 9. ট্রায়াল শেষ হয়ে গেলে কী হবে?

একবার ট্রায়াল শেষ হয়ে গেলে আপনাকে আবার নিয়মিত চিকিৎসায় প্রেরণ করা হবে। গবেষণার ফলাফল মূলতুবি রেখে, চিকিৎসা নির্দেশিকা পরিবর্তন হতে পারে। আপনি বা আপনার ডাক্তার যদি গবেষণার চিকিৎসা বন্ধ করতে চান, তাহলে আপনি যেকোনো সময় আরও চিকিৎসা নেওয়া বন্ধ করতে পারেন।

#### 10. আমি কি গবেষণার চিকিৎসা বা আমার অংশগ্রহণকে আগাম বন্ধ করে দিতে পারি?

আপনি যদি কোর্সটি শেষ হওয়ার আগে গবেষণার চিকিৎসা বন্ধ করতে চান, তাহলে আপনি নির্দিধায় সেটি করতে পারেন। আপনি যদি সিদ্ধান্ত নেন যে আপনার নিজের সম্পর্কে আর কোনো তথ্য সংগ্রহ করা হবে না তাহলে নির্দিধায় এই কথাটি ব্যক্ত করুন (তবে অ-শনাক্তকৃত তথ্য এবং সেই পর্যায় অবধি সংগ্রহ করা নমুনাগুলি গবেষণা দল কর্তৃক বিশ্লেষণ করা অবিরত থাকবে)।

#### 11. খরচ ও ভাতা?

আপনি এই ট্রায়ালটিতে অংশ নেওয়ার জন্য কোনো অর্থ পাবেন না এবং আমরা এই গবেষণায় অংশ নিয়ে আপনার দ্বারা ব্যয়কৃত কোনো অর্থ প্রদান করতে সক্ষম নই।

#### 12. কোনো সমস্যা থাকলে কী হবে?

এই গবেষণার যেকোনো দিক সম্পর্কে যদি আপনার কোনো উদ্বেগ থাকে তাহলে আপনার ট্রায়াল চিকিৎসকের সাথে কথা বলতে হবে যিনি আপনার প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য যথাসাধ্য চেষ্টা করবেন। আপনি যদি অভিযোগ করতে চান বা কোনো দিক গবেষণার বিষয়ে কোনো উদ্বেগ প্রকাশ করতে চান, তাহলে আপনি NHS অভিযোগ প্রক্রিয়াটির মাধ্যমে এটি করতে পারেন। প্রথম পর্যায়ে আপনার হাসপাতালে রোগী পরামর্শ এবং লিয়াজেঁ পরিষেবা (PALS ইমেল ও ফোন নম্বর)-এর সাথে যোগাযোগ করা সহায়ক হতে পারে।

### 13. আমার তথ্য কি গোপনীয়ভাবে সংরক্ষণ করা হবে?

আপনার এবং আপনার স্বাস্থ্যের সমস্ত তথ্য গোপন রাখা হবে। কেবলমাত্র আপনার ব্যক্তিগত তথ্য দেখার অনুমতিপ্রাপ্ত মানুষগণ হবেন চিকিৎসা চালাচ্ছেন এমন চিকিৎসক, গবেষণা সমন্বয় কেন্দ্রের কর্মীরা এবং নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষ যারা এই গবেষণাটি সঠিকভাবে পরিচালিত হচ্ছে কি না সেটি যাচাই করেন। একটি গোপনীয়তা বিজ্ঞপ্তি এবং আরও বিস্তারিত রোগীর তথ্য শীট গবেষণার ওয়েবসাইটে পাওয়া যাবে।

### 14. এই ট্রায়ালের ফলাফলের কী হবে?

ট্রায়ালের ফলাফলগুলি বেনামি হবে এবং প্রস্তুতকৃত কোনো ডেটা থেকে আপনাকে শনাক্ত করা যাবে না। যখন এই ট্রায়ালের ফলাফলগুলি পাওয়া যাবে, তখন সেগুলি বিশেষজ্ঞ দল কর্তৃক পর্যালোচিত মেডিকেল জার্নালসমূহে প্রকাশিত হতে পারে এবং চিকিৎসা বিষয়ক উপস্থাপনা এবং সম্মেলনের জন্য ব্যবহৃত হতে পারে। আপনি যদি প্রকাশিত ফলাফলের একটি অনুলিপি পেতে চান তাহলে অনুগ্রহ করে সরাসরি আপনার গবেষণার চিকিৎসকের সাথে যোগাযোগ করুন যিনি আপনার জন্য এটি পাওয়ার ব্যবস্থা করে দিতে পারবেন।

### 15. এই ট্রায়ালের অর্থায়নকারী ও স্পন্সর কে?

এই ট্রায়ালের Eli Lilly and Company UK Ltd এবং Alexion Pharma UK Ltd অর্থায়ন করছে এবং Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust এটির স্পন্সর হিসেবে কাজ করছে।

### 16. কে এই গবেষণাটি মূল্যায়ন করেছে?

আপনার স্বার্থ রক্ষার জন্য একটি স্বাধীন গবেষণা নীতি কমিটি এই গবেষণাটি পর্যালোচনা করেছে এবং অনুকূল মতামত দিয়েছে (এখানে REC এর নাম)। এছাড়াও যুক্তরাজ্যে ওষুধ নিয়ন্ত্রণের জন্য দায়বদ্ধ Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) এই গবেষণাটি পর্যালোচনা করেছে।

### আরো বিস্তারিত তথ্য ও যোগাযোগের তথ্য

আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে বা গবেষণাটি সম্পর্কে আরও কোনো তথ্যের প্রয়োজন হয় তাহলে অনুগ্রহ করে নির্দিধায় যোগাযোগ করুন:

গবেষণার ডাক্তারের নাম : টেলিফোন : \*\*\*\*\* ইমেইল: \*\*\*\*\*

গবেষণার নার্স/সমন্বয়কারী নাম : টেলিফোন : \*\*\*\*\* ইমেইল: \*\*\*\*\*

### **কোনো জরুরি পরিস্থিতিতে অনুগ্রহপূর্বক যোগাযোগ করুন:**

24 ঘণ্টা জরুরি যোগাযোগের বিবরণ এখানে তালিকাবদ্ধ করুন - এটি অবশ্যই রোগীর আইডি কার্ডে প্রদত্ত তথ্যের সাথে মিল থাকতে হবে এবং এটি গবেষণার সময়ের বাইরে থাকার প্রক্রিয়াটি পরীক্ষা করতে ব্যবহৃত হবে।

## অবহিত সম্মতি ফর্ম

গবেষণার শিরোনাম: Covid-19 - Repurposed drugs (TACTIC-R) নিয়ে pre-icu এ ভর্তি হওয়া রোগীদের মধ্যে mulTiArm therapeutiC sTudy

প্রধান তদন্তকারী: \_\_\_\_\_

অংশগ্রহণকারীর নম্বর: \_\_\_\_\_

1	উপরোক্ত গবেষণার জন্য আমি সংক্ষিপ্ত অংশগ্রহণকারী তথ্য শীট সংস্করণ 1.0, তারিখ 20/05/2020 পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি এবং আমি নিশ্চিত করছি যে গবেষণার পদ্ধতি এবং তথ্য আমার কাছে ব্যাখ্যা করা হয়েছে। আমি প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার সুযোগ পেয়েছি এবং প্রদত্ত উত্তর এবং ব্যাখ্যা আমাকে সন্তুষ্ট করেছে।
2	আমি বুঝতে পেরেছি যে এই ট্রায়ালে আমার অংশগ্রহণ স্বৈচ্ছাপ্রণোদিত এবং কোনো কারণ ছাড়াই এবং আমার স্বাস্থ্য সেবা বা আইনি অধিকারসমূহকে প্রভাবিত না করেই আমি যেকোনো সময় নাম প্রত্যাহার করতে পারব।
3	আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার সম্পর্কে ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহ করা হবে এবং এই তথ্য শীট অনুসারে ব্যবহার করা হবে। এই তথ্য কঠোরভাবে গোপন রাখা হবে এবং আমার কোনো ব্যক্তিগত ডেটা প্রকাশিত হবে না।
4	আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার GP-কে এই গবেষণায় আমার অংশগ্রহণ সম্পর্কে অবহিত করা হবে এবং তাকে TACTIC-R ট্রায়ালের বিবরণ প্রেরণ করা হবে।
5	আমি বুঝেছি যে কেন্দ্রীয় UK NHS সংস্থাগুলির কর্তৃক সংরক্ষিত এবং নিয়ন্ত্রিত তথ্যগুলি এই গবেষণার অংশ হিসেবে আমার সাথে যোগাযোগ করতে বা আমার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে তথ্য সরবরাহ করতে সহায়তা করতে পারে।
6	আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার ব্যক্তিগত ডেটা এই গবেষণায় আমার অংশগ্রহণের সাথে সম্পর্কিত বিভিন্ন গবেষণামূলক সাইটগুলিতে ট্রায়াল দলের মধ্যে স্থানান্তরিত হতে পারে। আমি বুঝতে পেরেছি যেকোনো ব্যক্তিগত ডেটা (নিরাপদ/এনক্রিপ্ট করা মেইল সার্ভার ইত্যাদি) ব্যবহার করে প্রেরণ করা হবে।
7	আমি বুঝতে পেরেছি যে আমি এই গবেষণার অংশ হিসেবে গ্রহণ করা কোভিড-19 পরীক্ষা/সমূহের ফলাফলগুলি নাও পেতে পারি।
8	আমি বুঝতে পেরেছি যে এই ট্রায়ালে দায়িত্বে থাকা ডাক্তাররা আমার সম্মতি ছাড়াই এই গবেষণাটি বন্ধ করতে, বা যেকোনো সময়ে এতে আমার অংশগ্রহণ বন্ধ করতে পারে।
9	আমি এই ট্রায়ালের সাথে সম্পর্কিত গবেষণার জন্য রক্তের নমুনাগুলি সরবরাহ করতে সম্মত, যেগুলি 5 বছর পর্যন্ত সংরক্ষিত থাকতে পারে। আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার নমুনাগুলি ভবিষ্যতে বিশ্লেষণের জন্য একটি কেন্দ্রীয় অবস্থানে স্থানান্তরিত হতে পারে।
10	আমি সম্মত যে DNA আমার প্রদত্ত রক্তের নমুনা থেকে বিচ্ছিন্ন এবং উন্নত গবেষণাগার কৌশল ব্যবহারের মাধ্যমে বিশ্লেষণ করা হবে।

## আমি এই গবেষণায় অংশ নিতে সম্মত:

রোগীর নাম \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

তারিখ \_\_\_\_\_

সম্মতি গ্রহণকারী ব্যক্তির নাম \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর তারিখ \_\_\_\_\_

অনুমতি দেওয়ার সময় (24 ঘণ্টার ফরম্যাটের সময়) \_\_\_\_\_ :

রোগীর জন্য 1টি কপি; গবেষক দলের জন্য 1টি কপি; 1টি কপি হাসপাতাল নোটে সংরক্ষণ করতে হবে

## অবহিত সম্মতি ফর্ম

গবেষণার শিরোনাম: Covid-19 - Repurposed drugs (TACTIC-R) নিয়ে pre-icu এ ভর্তি হওয়া রোগীদের মধ্যে mulTiArm therapeutiC sTudy

প্রধান তদন্তকারী: \_\_\_\_\_

অংশগ্রহণকারীর নম্বর: \_\_\_\_\_

### ঐচ্ছিক

11	ভবিষ্যতে এই পরীক্ষার আরও ট্রায়াল বা এক্সটেনশন সম্পর্কে যোগাযোগ করার ব্যাপারে আমি সানন্দে সম্মতি জানাচ্ছি।		
12	আমি অন্যান্য গবেষণা দলগুলির সাথে আমার তথ্য সানন্দে আদান-প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি, যেখানে আমিও কোভিড19 বায়োমারকার গবেষণার অন্তর্ভুক্ত ছিলাম		

### কেবলমাত্র গর্ভধারণের সম্ভাবনাময় মহিলাদের জন্য

		হ্যাঁ	না
13	যদি আমি গবেষণার ওষুধ গ্রহণের সময় বা গবেষণার ওষুধ গ্রহণের ৪ মাসে গর্ভবতী হয়ে যাই তাহলে আমি আমার, আমার গর্ভাবস্থা এবং আমার শিশুর সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ করার বিষয়ে সম্মতি দিচ্ছি।		
14	আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার মেডিকেল নোটস বা আমার গর্ভাবস্থার সাথে সম্পর্কিত তথ্য সম্পর্কিত অংশগুলি স্পন্সর, নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষ এবং গবেষণা কর্মীদের কাছে দায়বদ্ধ ব্যক্তির সেসব ক্ষেত্রে দেখতে পারবেন যেখানে এটি অনুসন্ধান অংশ নেওয়ার সাথে সম্পর্কিত। আমি এই ব্যক্তিদের আমার রেকর্ড অ্যাক্সেস করার অনুমতি দিচ্ছি।		
15	আমি আমার গর্ভাবস্থার তথ্য স্বেচ্ছায় প্রদান করতে সম্মত এবং বুঝতে পেরেছি যে আমি কোনো কারণ ছাড়াই এবং আমার চিকিৎসা পরিচর্যা বা আইনি অধিকার ক্ষতিগ্রস্ত না করেই যে কোনো সময় নিজে থেকে প্রত্যাহার করার ব্যাপারে স্বাধীন। আমি বুঝতে পেরেছি যে সম্মতি প্রত্যাহার পর্যন্ত সংগ্রহ করা সমস্ত ডেটা গোপনীয় রাখা হবে।		

### আমি এই গবেষণায় অংশ নিতে সম্মত:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

অনুমতি দেওয়ার সময় (24 ঘণ্টার ফরম্যাটের সময়) \_\_\_\_\_ :

রোগীর জন্য 1টি কপি; গবেষক দলের জন্য 1টি কপি; 1টি কপি হাসপাতাল নোটে সংরক্ষণ করতে হবে

## অবহিত সম্মতি ফর্ম

গবেষণার শিরোনাম: Covid-19 - Repurposed Drugs (TACTIC-R) নিয়ে pre-icu এ ভর্তি  
হওয়া রোগীদের মধ্যে mulTiArm therapeutiC sTudy

প্রধান তদন্তকারী: \_\_\_\_\_

অংশগ্রহণকারীর নম্বর: \_\_\_\_\_

অংশগ্রহণকারী যদি নিজেই টেক্সট এবং/অথবা নিদর্শন পড়তে সক্ষম না হন কিন্তু সম্মতি দেওয়ার  
সক্ষমতা থাকে

আমি সম্ভাব্য অংশগ্রহণকারীকে সম্মতি ফর্মটি সঠিকভাবে পড়ে শুনিয়েছি, যিনি যেকোনো প্রশ্ন  
জিজ্ঞাসা করতে পেরেছিলেন এবং সন্তোষজনক উত্তর পেয়েছিলেন। আমি নিশ্চিত হয়েছি যে তারা  
স্বাধীনভাবে তাদের সম্মতি দিয়েছে।

...../...../.....  
স্পষ্ট অক্ষরে সাক্ষীর নাম স্বাক্ষর স্বাক্ষর তারিখ

...../...../..... স্পষ্ট অক্ষরে সম্মতি গ্রহণকারী ব্যক্তির নাম স্বাক্ষর স্বাক্ষর তারিখ

যদি অংশগ্রহণকারী তার রোগের তীব্রতার কারণে অস্থায়ীভাবে সম্মতি জানাতে অক্ষম হন  
(যেমন তীব্র শ্বাসযন্ত্রের অক্ষমতা বা তাৎক্ষণিক ভেন্টিলেশন প্রয়োজন):

আমি তথ্যটি পড়েছি (বা এটি আমার কাছে পড়ে শোনানো হয়েছিল) এবং প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছিলাম।  
আমি বুঝতে পেরেছি যে রোগী সম্মতি দিতে সক্ষম হওয়ার সাথে সাথেই তাদেরকে তাদের সম্মতি নিশ্চিত  
করতে বলা হবে এবং যদি তারা চান তাহলে তারা গবেষণা থেকে সরে আসতে পারবেন যা তাদের মেডিকেল  
কেয়ারকে ক্ষতিগ্রস্ত করবে না। আমি বিশ্বাস করি রোগী সক্ষম হলে এই গবেষণায় অংশ নিতে চাইতেন।

...../...../..... স্পষ্ট অক্ষরে আইনি প্রতিনিধির নাম স্বাক্ষর স্বাক্ষর তারিখ

..... অংশগ্রহণকারীর সাথে সম্পর্ক

...../...../..... স্পষ্ট অক্ষরে সম্মতি গ্রহণকারী ব্যক্তির নাম স্বাক্ষর স্বাক্ষর তারিখ