

आई० वी० एफ० एवं प्रजनन जीव विज्ञान केन्द्र  
प्रसूति एवं स्त्री रोग विभाग  
मौलाना आजाद मेडिकल कालेज एवं लोकनायक अस्पताल  
नई दिल्ली -110002

शोध कार्य हेतु रोगी सूचना एवं स्वीकृति पत्रक (फार्म)

- 1 क्रम सं० ..... दिनांक .....
- 2 सी आर सं० . . . . .
- 3 रोगी/पाठ का नाम:- : .....
- 4 रोगी के पति का नाम:- : .....
- 5 पता /दूरभाष सं० : .....
- 6 लम्बाई/वजन / बी०एम०आई०: .....
- 7 निः सन्तानता/आई०वी०एफ०/ : ट्यूबल/ अनएक्सप्लेड/ मेल फेक्टर  
आई०यू०आई०करने का कारण / एन्डोमेट्रियोसिस/पी०सी०ओ०एस०/ अन्य
- 8 आई०वी०एफ०आई०यू०आई० शुरु करने का दिनांक : .....
- 10 अण्डाक्षयी उत्प्रेरण के लिए : .....
- जाने वाली दवाई
- 11 अण्डाक्षय से सम्बन्धित : एन्डोमेट्रियोसिस / पी० सी० ओ० / अन्य परेशानी
- 14 ग्रेन्यूलोसाइट कोलोनी : .....
- स्टीमूलेटिंग फेक्टर के उपयोग करने का दिन एवं दिनांक
- 15 जिसके द्वारा ग्रेन्यूलोसाइट : .....
- कोलोनी स्टीमूलेटिंग फेक्टर : .....
- के उपयोग किया गया

मुझे इस अध्ययन प्रक्रिया जिसका शीर्षक सहायक प्रजनन के लिए आने वाली निःसन्तान (इन्फर्टाइल) महिला रोगियों से सम्बन्धित पतली गर्भाशय परत के सुधार के लिए अन्तःगर्भाशय में ग्रेन्यूलोसाइट कोलानी स्टीमूलेटिंग फेकरट के उपयोग एवं पभाव का सफल भ्रूण रोपण एवं गर्भावस्था में अध्ययन के बारे पूर्ण वर्णन किया गया है एवं मेरे सभी प्रश्नों का पूर्ण उत्तर मिला है।

1. इस अध्ययन के सम्बन्ध मे प्राप्त सूचना को मैने पढा एवं समझा है (इसे मुझे पढकर सुनाया गया है) एवं मेरे पास किसी भी सवाल एवं शंका को पूछने का पूर्ण अवसर था।
2. इस अध्ययन के लिए मेरे अन्तःगर्भाशय में ग्रेन्यूलोसाइट कोलोनी स्टीमूलेटिंग फेकरट को एक नली द्वारा प्रसारित किया जायेगा ।
3. मुझे पता है कि इस अध्ययन प्रक्रिया से किसी भी समय बिना कारण बताये हटने का या भाग न लेने का हटने का एवं किसी भी समय कोई भी प्रश्न पूछने का मुझे पूर्ण अधिकार है।
4. मेरे सभी सूचनाओं एवं सहभागिता की गोपनीयता कानून के नियमानुसार सुरक्षित रखी जायेगी। प्राप्त सूचनाओं को कूट संख्या (कोड) के द्वारा जाना जायेगा एवं सभी अभिलेख प्रपत्र को गोपनीय रखा जायेगा तथा उनका उपयोग केवल वैज्ञानिक उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा। इस शोध अध्ययन से मेरे उपचार पाने के अधिकार पर कोई प्रभाव नहीं पडेगा।

अतः मैं अपने अन्तःगर्भाशय में ग्रेन्यूलोसाइट कोलानी स्टीमूलेटिंग फेकरट के उपयोग करने के लिए भविष्य के वैज्ञानिक अनुसंधान के लिए एकत्रित करने की अनुमति देने के लिए तैयार हूँ।

रोगी/पात्र का नाम:-

हस्ताक्षर या अङ्गुठे का निशान

हस्ताक्षर साक्षी (विटनेस) तिथि:.....

.....

शोधकर्ता का हस्ताक्षर

.....

(रोगी/पति).....