



## REMOTE ISCHEMIC CONDITIONING IN INTRACEREBRAL HAEMORRHAGE

**INVESTIGATORS:** Raviteja Kakrala, Jeyaraj Pandian, Mahesh Kate  
Department of Neurology, Christian Medical College, Ludhiana

### Patient INFORMATION SHEET

#### Introduction:

You are reading this because you/your relative have suffered from a brain haemorrhage. Brain haemorrhage is a devastating type of stroke. Around this area of bleeding in the brain there is swelling due to accumulation of water. This is particularly seen after 24 hours. The brain swelling increases and reaches peak at 5 to 7 days after haemorrhage. This swelling may affect recovery after stroke. Currently there are no therapies available for the preventing brain swelling after brain haemorrhage.

Remote ischemic conditioning may prevent brain swelling. It is a method where an arm is exposed to intermittent decrease in blood flow followed by normal blood flow. This process may provide protection to brain, heart, kidneys and eyes. In this study we are trying to reduce the amount of brain swelling around the haemorrhage.

The study will be done at the Stroke Unit, Department of Neurology, Christian Medical College and Hospital, Ludhiana. Please take the time to read the following information and ask your doctor any questions you may have.

#### What does participation in the study involve?

Participation in the study involves the following:

- All patient will receive standard of care management for brain hemorrhage.
- Half of the patients will receive remote ischemic conditioning where we will apply pressure on the arm with help of a manual blood pressure machine. We will keep the pressure for few minutes and release. We will deliver this therapy two times a day for seven days. Medical and nursing information during your stay in the hospital will be used in the study. The other half will receive similar therapy but at a lesser level of pressure which is delivered in the former group.
- Brain scan with CT will be done at admission, 24 hrs and at day 7 as part of routine care. We will take the images of the serial brain scan done to assess the brain swelling.
- We will also collect information about the blood pressure readings over the period of seven days.

#### Are there any risks or benefits?

Remote ischemic conditioning in healthy people have no side effects or adverse effects. However in patients with low platelet count they may have brief periods of

red rash on the arm. These are only temporary. All our patients will be closely monitored for any new side effects.

**Confidentiality:**

All the information collected from you for this research study will be treated in strict confidence. Only the study monitors may have direct access to your medical records. Access to medical records is required to check the accuracy of the information collected and to ensure that this study is being carried out according to local requirements and regulatory guidelines.

All information collected from your medical records for the study will be stored electronically in an encrypted data storage device which has a restricted access. Your information will be identified only by your initials, date of birth and a study registration number. Any information transferred electronically will be coded to protect your confidentiality. All computer records will be password protected. The study results may be presented at conferences or in scientific publications, but individual participants will not be identifiable.

You have a right of access to, and to request correction of, information held about you in accordance with local laws.

**While taking part in the study cost me anything?**

Participation in this study will not cost you anything and there will not be any payment for participating.

**Your participation is voluntary:**

Participation in this study is entirely voluntary. You do not have to take part in the study. If you do take part, you can withdraw at any time during the study without having to give a reason. Whatever your decision, please be assured that it will not affect your medical treatment or your relationship with the staff who are caring for you.

**Contact details:**

When you have read this information, your treating doctor will be available to discuss and answer any questions you may have. If you would like to speak with someone at any stage, please feel free to contact your treating team.

Dr Raviteja K

Contact Number 9989798599

Dr Mahesh Kate

Contact Number 9878807951

*This information sheet is for you to keep.*



## **PATIENT CONSENT**

I have been informed about the procedures of the study. The possible risks too have been explained to me as stated in the information sheet. I have understood that I have the right to refuse my consent or withdraw it any time during the study without adversely affecting my treatment. I am aware that by subjecting to this investigation, I will have to give more time for assessments by the investigating team and that these assessments do not interfere with the standard of care that will be provided to me.

I, ....., the undersigned, give my consent to be a participant of this clinical trial. I freely choose to participate in this study and understand that I can withdraw at any time.

**Signature of the patient**

**(Name and address)**

**Date**

**Witness**

**Name**

**Signature**

**Date**

**Signature of the investigator**

**Name and Designation**

**Date:**

**Place:**



## **SURROGATE CONSENT**

I have been informed about the procedures to be done on my relative for the purpose of the study. The possible risks too have been explained to me as stated in the information sheet. I have understood that I have the right to refuse/withdraw consent for any procedure on my relative any time during the study without adversely affecting my relative's treatment. I am aware that by subjecting to this investigation, my relative will have to give more time for assessments by the investigating team and that these assessments do not interfere with the standard of care that will be delivered to my relative.

I ....., the undersigned, give my consent on behalf of my relative to be a participant of this clinical trial. I freely choose to make my relative to participate in this study and understand that he/she can withdraw at any time.

**Signature of the guardian**

**Relationship with the patient**

**(Name and address)**

**Date**

**Witness**

**Name**

**Signature**

**Date**

**Signature of the investigator**

**Name and Designation**

**Date:**

**Place:**



## जानकारी पत्र रिमोट इस्कीमिक कंडीशनिंग इनइंट्रा सेरेब्रल हेमोरैज परिचय

आप यह पढ़ रहें हैं क्योंकि आपको/आपके रिश्तेदार को मस्तिष्काघात हुआ है। मस्तिष्काघात लकवे की एक विनाशकारी किस्म है। मस्तिष्क में रक्तप्रवाह के स्थान के आसपास पानी जमा हो जाने से सूजन हो जाती है। यह आमतौर पर 24 घंटे के बाद दिखाई देती है। मस्तिष्क की सूजन बढ़ने लगती है और मस्तिष्काघात के बाद 5 से 7 दिन में अपने चर्म पर पहुँच जाती है। यह सूजन लकवे के चंगा होने को प्रभावित कर सकती है। वर्तमान समय में मस्तिष्काघात के बाद मस्तिष्क की सूजन को रोकने का कोई इलाज उपलब्ध नहीं है।

रिमोट इस्कीमिक कंडीशनिंग के द्वारा मस्तिष्क की सूजन को रोका जा सकता है। इस विधि में बाजू को अनियमित कम रक्त बहाव में तथा फिर सामान्य रक्त बहाव में लाया जाता है। इस प्रक्रिय के द्वारा मस्तिष्क, हृदय, गुर्दों तथा आंखों की सुरक्षा की जा सकती है। इस अध्ययन में हम मस्तिष्काघात के आसपास होनेवाली सूजन को कम करने का प्रयास करेंगे।

यह अध्ययन स्ट्रोक यूनिट, न्यूरोलोजी विभाग, क्रिस्वीयन मेडीकल कालेज एंव अस्पताल लुधियाना में किया जाएगा। कृपया निम्नलिखित जानकारी को पढ़ें और यदि आपके कोई प्रश्न हैं तो अपने डाक्टर से पूछ सकते हैं।

### इस अध्ययन में भाग लेने पर क्या होगा ?

अध्ययन में भाग लेने में निम्नलिखित शामिल है :

- सभी रोगियों के मस्तिष्काघात की स्तरीय देखभाल की जायेगी।
- आधे रोगियों की रिमोट इस्कीमिक कंडीशनिंग की जायेगी जिसमें हम मैनुअल ब्लड प्रेशर मशीन की सहायता से आपकी बाजू पर दबाव डालेंगे। कुछ समय तक दबाव बनाये रखने के बाद उसे छोड़ देंगे। यह इलाज सात दिन तक दिन में दो बार किया जाएगा। अस्पताल में रहने के दौरान आपकी मेडीकल और नर्सिंग जानकारी का प्रयोग किया जाएगा। शेष आधे रोगियों पर भी उसके जैसे ही थेरेपी पहले समूह से कम स्तर के दबाव पर की जायेगी।
- सी.टी. स्कैन के द्वारा मस्तिष्क का स्कैन दाखिले के समय, 24 घंटे के बाद और सातवें दिन सामान्य देखभाल हेतु किया जाएगा। मस्तिष्क की सूजन का आंकलन करने के लिए हम श्रंखलागत मस्तिष्क स्कैन के चित्र लेंगे।
- सात दिन के अंतराल पर हम आपके ब्लड प्रेशर की रीडिंग्स भी एकत्रित करेंगे।

### क्या इसमें कोई जोखिम या लाभ है ?

स्वस्थ लोगों में रिमोट इस्कीमिक कंडीशनिंग का कोई दुष्प्रभाव या बुरे प्रभाव नहीं होते हैं। कम प्लेटलेट काउंट वाले रोगियों में कुछ समय के बांह पर लाल धब्बे पड़ सकते हैं। यह कुछ समय के लिए ही होते हैं। किसी भी प्रकार के नए जोखिमों पर नज़र रखने के लिए सभी रोगियों की गहन निगरानी की जाएगी।

### गोपनीयता

इस अध्ययन के लिए आपसे एकत्रित की गई सारी जानकारी को पूर्णतः गुप्त रखा जाएगा। केवल अध्ययन की निगरानी करने वाले ही आपके मेडीकल रिकार्ड को प्रोक्ष रूप में देख सकेंगे। आपके द्वारा

दी गई जानकारी को देखने की आवश्यकता उसकी सार्थिकता को जांचने के लिए तथा यह सुनिश्चित करने के लिए है कि यह अध्ययन स्थानीय आवश्यकताओं और विनियामक निर्देशों के अनुसार की किया गया है।

आपके मेडीकल रिकार्ड से एकत्रित की गई सारी जानकारी को विशेष रूप से इलेक्ट्रॉनिकली रूप में एकत्रित किया जायेगा। आपकी जानकारी की पहचान केवल हस्ताक्षर, जन्मतिथित था अध्ययन रजिस्टर के द्वारा ही होगी। इलेक्ट्रॉनिक ली रूप से भेजी गई जानकारी में आपकी पहचान एक कोड के द्वारा सुरक्षित रहेगी। कम्प्यूटर के सभी रिकार्ड पासवर्ड के द्वारा सुरक्षित रहेंगे। अध्ययन के परिणाम समागमों या वैज्ञानिक पत्रिकाओं में प्रकाशित किए जा सकते हैं, इनमें किसी की व्यक्तिगत पहचान प्रगट नहीं होगी। आपको इन्हें देखने, सुधार करने का अनुरोध करने अपनी जानकारी को स्थानीय कानून के अनुसार रोकने का अधिकार है।

### **क्या इसमें भाग लेने पर मुझे कुछ खर्च करना होगा?**

इस अध्ययन में भाग लेने के लिए आपको कुछ खर्च नहीं करना है और न ही आपको कुछ दिया जायेगा।

### **आपकी भागीदारी स्वैच्छुक है**

इस अध्ययन में भाग लेना पूर्णतः स्वैच्छुक है। आप अध्ययन में भाग नहीं भी ले सकते हैं। यदि आप भाग लेते हैं, तो भी आप किसी भी समय इस अध्ययन से बिना कोई कारण बताये अलग हो सकते हैं। आपका निर्णय कुछ भी हो, इस बात का यकीन रखें कि इस से अस्पताल में आपके उपचार या देखभाल करने वाले स्टाफ से आपका सम्बंध प्रभावित नहीं होगा।

### **सम्पर्क विवरण:**

जब आप इस जानकारी को पढ़ लेंगे तो आपका उपचार कर रहा डाक्टर आप से बात करने व आपके प्रश्नों का उत्तर देने के लिए उपलब्ध रहेगा। यदि आप किसी भी समय, किसी से बात करना चाहते हैं, तो निसंकोच आपका इलाज करने वाले समूह से बात कर सकते हैं।

1. डा.रवितेजा के (न्युरोलोजी रैजिडेंट)  
(मोबाइल): 99897 98599

**यह जानकारी पत्र आपके लिए है, अपने पास रखें।**



## रोगी सहमति पत्र

मुझे इस अध्ययन की प्रक्रिया के बारे में बता दिया गया है। जानकारी पत्र में बताए गए जोखिमों के बारे में भी मुझे बता दिया गया है। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे के इलाज पर किसी प्रकार के बुरे प्रभाव के बिना, मुझे अपनी दी हुई सहमति से इंकार करने या अध्ययन के दौरान किसी भी समय अलग होने का अधिकार है। मैं यह भी जानता/जानती हूँ कि जांच के लिए मुझे शोध दल द्वारा आंकलन करने के लिए अधिक समय देना होगा और यह आंकलन मुझे मिलने वाली स्तरीय देखभाल में बाधक नहीं हैं।

मैं.....निम्न हस्ताक्षरित इस अध्ययन में भाग लेने की सहमति देता/देती हूँ। मैं सवेइच्छा से इस अध्ययन में भाग लेना चुनता/चुनती हूँ और जानता/जानती हूँ कि मैं किसी भी समय इससे अलग हो सकता/सकती हूँ।

प्रतिभागी के हस्ताक्षर :

नाम व पता

तिथि :

गवाह :

नाम :

हस्ताक्षर:

तिथि :

अध्ययनकर्त्ता के हस्ताक्षर :

नाम व पद

तिथि :

स्थान:



## प्रतिनिधि का सहमति पत्र

अध्ययन के उद्देश्य के लिए मेरे सम्बंधी पर की जाने वाली प्रक्रिया के बारे में मुझे बता दिया गया है। जानकारी पत्र में बताए गए जोखिमों के बारे में भी मुझे बता दिया गया है। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे रिश्तेदार के इलाज पर किसी प्रकार के बुरे प्रभाव के बिना, मुझे अपनी दी हुई सहमति से इंकार करने या अध्ययन के दौरान किसी भी समय अलग होने का अधिकार है। मैं यह भी जानता/जानती हूँ कि जांच के लिए रिश्तेदार को शोध दल द्वारा आंकलन करने के लिए अधिक समय देना होगा और यह उसकी स्तरीय देखभाल में बाधक नहीं होगा।

मैं.....निम्न हस्ताक्षरित इस अध्ययन में अपने प्रिय द्वारा भाग लेने की सहमति देता/देती हूँ। मैं सवैइच्छा से अपने रिश्तेदार का इस अध्ययन में भाग लेना चुनता/चुनती हूँ और जानता/जानती हूँ कि वह किसी भी समय इससे अलग हो सकता/सकती है।

संरक्षक के हस्ताक्षर :

रोगी से सम्बंध:

नाम व पता

तिथि :

गवाह :

नाम :

हस्ताक्षर:

तिथि :

डाक्टर/अध्ययनकर्ता के हस्ताक्षर :

नाम व पद

तिथि :

स्थान:





## ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੱਤਰ

ਰਿਮੋਟ ਇਸਕੀਮਿਕ ਕੰਡੀਸ਼ਨਿੰਗ ਇੰਨ ਇੰਟਰਸੇਰੇਬਰਲ ਹੈਮੋਰੇਜ

### ਜਾਣ-ਪਛਾਣ

ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੜ੍ਹ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ/ਤੁਹਾਡੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨੂੰ ਦਿਮਾਗੀ ਦੌਰਾ ਪਿਆ ਹੈ। ਦਿਮਾਗੀ ਦੌਰਾ ਅਧਰੰਗ ਦੀ ਇੱਕ ਵਿਨਾਸ਼ਕਾਰੀ ਕਿਸਮ ਹੈ। ਦਿਮਾਗ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਦੇ ਵਹਾਓ ਵਾਲੇ ਥਾਂ ਦੇ ਆਲ੍ਹੇ-ਦੁਆਲੇ ਪਾਣੀ ਜਮਾਂ ਹੋ ਜਾਣ ਨਾਲ ਸੋਜ ਪੈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਜਿਹਾ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਬਾਅਦ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਦਿਮਾਗ ਦੀ ਸੋਜ ਵੱਧਣ ਲੱਗਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਦਿਮਾਗੀ ਦੌਰਾ ਪੈਣ ਤੋਂ 5-7 ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ ਆਪਣੇ ਸਿਖਰ ਦੇ ਪੁੱਜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਸੋਜ ਅਧਰੰਗ ਦੇ ਚੰਗਾ ਹੋਣ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਵਰਤਮਾਨ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਦਿਮਾਗੀ ਦੌਰੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਿਮਾਗ ਦੀ ਸੋਜ ਦਾ ਕੋਈ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਰਿਮੋਟ ਇਸਕੀਮਿਕ ਕੰਡੀਸ਼ਨਿੰਗ ਦੁਆਰਾ ਦਿਮਾਗ ਦੀ ਸੋਜ ਨੂੰ ਰੋਕਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿਧੀ ਰਾਹੀਂ ਬਾਹਰ ਨੂੰ ਅਨਿਯਮਿਤ ਘੱਟ ਰਕਤ ਵਹਾਓ ਅਤੇ ਫੇਰ ਸਧਾਰਨ ਰਕਤ ਵਹਾਓ ਵਿੱਚ ਲਿਆਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਪ੍ਰਕ੍ਰਿਆ ਰਾਹੀਂ ਦਿਮਾਗ, ਦਿਲ, ਗੁਰਦੇ ਅਤੇ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਦਿਮਾਗੀ ਦੌਰੇ ਦੇ ਆਲ੍ਹੇ-ਦੁਆਲੇ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸੋਜ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਾਂਗੇ।

ਇਹ ਅਧਿਐਨ ਸਟ੍ਰੋਕ ਯੂਨਿਟ, ਨਿਊਰੋਲੋਜੀ ਵਿਭਾਗ ਕ੍ਰਿਸਚੀਅਨ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਲਜ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਲੁਧਿਆਣਾ ਵਿਖੇ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਕੋਂ ਪੁੱਛ ਸਕਦੇ ਹੋ।

### ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਤੇ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਗਲਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- \* ਸਾਰੇ ਰੋਗੀਆਂ ਨੂੰ ਦਿਮਾਗੀ ਦੌਰ ਦੀ ਮਿਆਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- \* ਅੱਧੇ ਰੋਗੀਆਂ ਦੀ ਰਿਮੋਟ ਇਸਕੀਮਿਕ ਕੰਡੀਸ਼ਨਿੰਗ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਇਸ ਰਿਮੋਟ ਇਸਕੀਮਿਕ ਕੰਡੀਸ਼ਨਿੰਗ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਮੈਨੂਅਲ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਮਸ਼ੀਨ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹਰ ਉੱਤੇ ਦਬਾਓ ਪਾਵਾਂਗੇ। ਕੁਝ ਚਿਰ ਦਬਾਓ ਪਾਈ ਰੱਖਣ ਬਾਅਦ ਉਸ ਨੂੰ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਇਹ ਇਲਾਜ 7 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਦੋ ਵਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੀ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਨਰਸਿੰਗ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਅਤੇ ਬਾਕੀ ਦੇ ਅੱਧੇ ਰੋਗੀਆਂ ਨੂੰ ਵੀ ਇਹੋ ਜਿਹੀ ਥੇਰੈਪੀ ਪਹਿਲੇ ਸਮੂਹ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਪੱਧਰ ਦੇ ਦਬਾਓ ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- \* ਸੀ.ਟੀ.ਸਕੈਨ ਦੁਆਰਾ ਦਿਮਾਗ ਦਾ ਸਕੈਨ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਸਮੇਂ, 24 ਘੰਟਿਆਂ ਬਾਅਦ ਅਤੇ 7ਵੇਂ ਦਿਨ ਸਧਾਰਨ ਦੇਖਭਾਲ ਵਜੋਂ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਦਿਮਾਗ ਦੀ ਸੋਜ ਦਾ ਆਂਕਲਣ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸੀਂ ਦਿਮਾਗ ਦੇ ਸਕੈਨ ਦੇ ਲੜੀ ਵਾਰ ਚਿੱਤਰ ਲਵਾਂਗੇ।
- \* ਸੱਤ ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਦੀ ਰੀਡਿੰਗਸ ਲਵਾਂਗੇ।

### ਕੀ ਇਸ ਦਾ ਕੋਈ ਜੋਖਮ ਜਾਂ ਲਾਭ ਹੈ ?

ਤੰਦਰੁਸਤ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਰਿਮੋਟ ਇਸਕੀਮਿਕ ਕੰਡੀਸ਼ਨਿੰਗ ਦਾ ਕੋਈ ਮਾੜਾ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਘੱਟ ਪਲੇਟਲੇਟਸ ਕਾਉਂਟ ਵਾਲੇ ਰੋਗੀਆਂ ਦੀ ਬਾਹਰ ਉੱਤੇ ਕੁਝ ਚਿਰ ਲਈ ਲਾਲ ਧੱਬੇ ਪੈ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਕਿ ਕੁਝ

ਚਿਰ ਲਈ ਹੀ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰਾਂ ਦੇ ਨਵੇਂ ਜੋਖਮਾਂ ਉਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਸਾਰੇ ਰੋਗੀਆਂ ਦੀ ਢੂੰਘੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

### **ਗੋਪਨੀਅਤਾ**

ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਇੱਕਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੂਰੀ ਤਰਾਂ ਗੁਪਤ ਰੱਖੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਸਿਰਫ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹੀ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ ਤੇ ਦੇਖ ਸਕਣਗੇ। ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਦੀ ਲੋੜ ਉਸਦੀ ਸੱਚਾਈ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੇ ਲਈ ਅਤੇ ਇਹ ਪੱਕਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਇਹ ਅਧਿਐਨ ਸਥਾਨਕ ਲੋੜ ਅਤੇ ਨਿਯਮਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਹੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਤੋਂ ਹਾਸਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਖਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕਲੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਇੱਕਠਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਸਿਰਫ ਤੁਹਾਡੇ ਹਸਤਾਖਰ, ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਅਧਿਐਨ ਰਜਿਸਟਰ ਦੁਆਰਾ ਹੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕਲੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਭੇਜੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਇੱਕ ਕੋਡ ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਹੇਗੀ। ਕੰਪਿਊਟਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਪਾਸਵਰਡ ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਹਿਣਗੇ। ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਸਮਾਗਮਾਂ ਜਾਂ ਵਿਗਿਆਨਕ ਰਸਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਤ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਇੰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਦੀ ਪਛਾਣ ਪ੍ਰਗਟ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

### **ਕੀ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਕੁਝ ਖਰਚ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ?**

ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਖਰਚ ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਕੁਝ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

### **ਤੁਹਾਡੀ ਹਿੱਸੇਦਾਰੀ ਸਵੈਇੱਛੁਕ ਹੈ**

ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣਾ ਪੂਰੀ ਤਰਾਂ ਸਵੈਇੱਛੁਕ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਵੀ ਲੈ ਸਕਦੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹਿੱਸਾ ਲੈਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਕਤ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਕਾਰਨ ਦਸੇ ਅੱਡ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਫੈਸਲਾ ਕੁਝ ਵੀ ਹੋਵੇ, ਭਰੋਸਾ ਰਖੋ ਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਟਾਫ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡਾ ਸਬੰਧ ਪ੍ਰਭਾਵ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।

### **ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵਾ**

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੜ੍ਹ ਲਵੋਗੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਕਰ ਰਿਹਾ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਉੱਤਰ ਦੇਣ ਲਈ ਹਾਜ਼ਰ ਰਹੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਬੇਇੱਜ਼ਕ ਆਪਣਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਡਾ. ਰਵੀਤੇਜਾ ਕੇ (ਨਿਊਰੋਲੋਜੀ ਰੈਜ਼ੀਡੈਂਟ)  
(ਮੋਬਾਇਲ) 99897 98599

*ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੱਤਰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਹੈ, ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਰਖੋ।*



## ਰੋਗੀ ਦਾ ਸਹਿਮਤੀ ਪੱਤਰ

ਮੈਂਨੂੰ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਪ੍ਰਕ੍ਰਿਆ ਬਾਰੇ ਦਸ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਦਸੇ ਗਏ ਜੋਖਮਾਂ ਬਾਰੇ ਵੀ ਮੈਂਨੂੰ ਦਸ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਇਲਾਜ ਉੱਤੇ ਕਿਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਬੁਰੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਮੈਂਨੂੰ ਆਪਣੀ ਦਿੱਤੀ ਹੋਈ ਸਹਿਮਤੀ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਅਧਿਐਨ ਦੌਰਾਨ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਅੱਡਹੋਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਜਾਣਦਾ/ਜਾਣਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜਾਂਚ ਦੇ ਲਈ ਸ਼ੋਧ ਸਮੂਹ ਦੁਆਰਾ ਆਂਕਲਣ ਕਰਨ ਲਈ ਮੈਂਨੂੰ ਵਾਧੂ ਸਮਾਂ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ ਅਤੇ ਇਹ ਆਂਕਲਨ ਮੇਰੀ ਪੱਧਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਮੈਂ.....ਨਿਮਨ ਹਸਤਾਖਰਕਰਤਾ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਵੈਇੱਛਾ ਨਾਲ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣਾ ਚੁਣਦਾ/ਚੁਣਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਜਾਣਦਾ/ਜਾਣਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਕਤ ਇਸ ਤੋਂ ਅੱਡ ਹੋ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।

ਪ੍ਰਤੀਭਾਗੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਮਿਤੀ :

ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ:

ਗਵਾਹ:

ਨਾਮ:

ਹਸਤਾਖਰ :

ਮਿਤੀ :

ਡਾਕਟਰ/ਅਧਿਐਨਕਰਤਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ :

ਨਾਮ ਅਤੇ ਔਹਦਾ:

ਮਿਤੀ:

ਸਥਾਨ:



## ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੁਆਰਾ ਸਹਿਮਤੀ ਪੱਤਰ

ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਮੇਰੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਉਤੇ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਦੀ ਪ੍ਰਕ੍ਰਿਆਵਾਂ ਬਾਰੇ ਮੈਨੂੰ ਦੱਸ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਦਸੇ ਗਏ ਜੋਖਮਾਂ ਬਾਰੇ ਵੀ ਮੈਂ ਨੂੰ ਦੱਸ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਉਤੇ ਕਿਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਬੁਰੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਮੇਰਾ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਦਿੱਤੀ ਹੋਈ ਸਹਿਮਤੀ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਅਧਿਐਨ ਦੌਰਾਨ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਅੱਡ ਹੋਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਜਾਣਦਾ/ਜਾਣਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜਾਂਚ ਦੇ ਲਈ ਸ਼ੋਧ ਸਮੂਹ ਦੁਆਰਾ ਆਂਕਲਣ ਕਰਨ ਲਈ ਮੈਨੂੰ ਵਾਧੂ ਸਮਾਂ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ ਅਤੇ ਇਹ ਆਂਕਲਣ ਲਾਭ ਉਸਦੀ ਪੱਧਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਮੈਂ.....ਨਿਮਨ ਹਸਤਾਖਰਕਰਤਾ ਇਸ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਿਯ ਦੁਆਰਾ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਵੈਇੱਛਾ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਦਾ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣਾ ਚੁਣਦਾ/ਚੁਣਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਜਾਣਦਾ/ ਜਾਣਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਕਤ ਇਸ ਤੋਂ ਅੱਡ ਹੋ ਸਕਦਾ / ਸਕਦੀ ਹਾਂ।

ਸਰਪਰਸਤ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ :

ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ:

ਰੋਗੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ:

ਮਿਤੀ :

ਗਵਾਹ:

ਨਾਮ:

ਹਸਤਾਖਰ :

ਮਿਤੀ :

ਅਧਿਐਨਕਰਤਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ :

ਨਾਮ ਅਤੇ ਔਹਦਾ:

ਮਿਤੀ:

ਸਥਾਨ: