

रुग्णांची माहिती पत्रक आणि रुग्णांच्या संमतीचा दस्तऐवज

कोविड-19 साठी लसीकरण केलेल्या लोकसंख्येमध्ये कर्विक™ ची रोगप्रतिकारक शक्ती आणि सुरक्षितता अभ्यासासाठी एक यादृच्छिक नियंत्रित चाचणी

चाचणी आयडी: SSV-SF-01/2021

आवृत्ती 1, दि. 09 मार्च 2021

अनु. सं.	दुरुस्ती सं.	तारीख
0	00	

प्रधान अन्वेषक

डॉ. योगिता गायकवाड एम्.डी.

अभ्यास केंद्र:

सुखकर्ता हॉस्पिटल, पहिला माळा, भागचंद कॉम्प्लेक्स, अभिषेक ऍग्रोच्या वरती, दिंडोरी नका, पंचवटी, नाशिक 422008. महाराष्ट्र. भारत.
Email: suhkartahospital.nashik@gmail.com

प्रायोजक

श्रीपाद श्री वल्लभ एसएसव्ही फायटोफार्मास्यूटिकल्स

201/2, जुने काश्मिरी इमारत, आर. आर. ठाकूर मार्ग, मजास वाडी, जोगेश्वरी (पू) मुंबई -400 060. (मो): 9769057549

Email: info.ssvphytopharma@gmail.com

Website: www.ssvphytopharma.com

मी, _____ माझ्या निवड शक्ती वापरून, याद्वारे 'कोविड-19 साठी लसीकरण केलेल्या लोकसंख्येमध्ये कर्विक™ ची रोगप्रतिकारक शक्ती आणि सुरक्षितता अभ्यासासाठी एक यादृच्छिक नियंत्रित चाचणी' अभ्यासात समाविष्ट होण्यास संमती देत आहे.

मला उपस्थित डॉक्टरांद्वारे अभ्यासाचा हेतू; माझ्याकडून अपेक्षित असलेले प्रयोगशाळा तपास या बदल माझ्या समाधानास सांगितले आहे. मला औषधोपचाराच्या स्वरूपाबद्दल कळवले आहे.

उपस्थित डॉक्टर यांनी अभ्यासाच्या सर्व बाबींवर प्रश्न विचारण्याची संधी दिली आहे. आणि दिलेली माहिती आणि सल्ला समाजाला आहे.

मी घेत असलेल्या औषधांबद्दल आणि मागील सहा महिन्यात कोणत्या अभ्यासात भाग घेतला आहे याची माहिती मी आधीच डॉक्टरांना दिली आहे.

पर्यवेक्षी डॉक्टरांना पूर्ण सहकार्य करण्यास मी सहमत आहे आणि या अभ्यासात जर मला कोणत्याही असामान्य अभिव्यक्तीचा त्रास होत असेल तर मी ताबडतोब कळवणार.

मला समजले आहे की कायद्याद्वारे प्रदान करणे आवश्यक असेल तेव्हा वगळता माझी वैद्यकीय नोंदींसह अभ्यासामध्ये माझ्या सहभागाशी संबंधित माहिती गोपनीय राहील.

मी या अभ्यासाच्या प्रभारी डॉक्टरांना संबंधित किंवा या अभ्यासामध्ये माझ्या सहभागाच्या परिणामी प्राप्त माहिती याची पूर्तता एसएसव्ही फायटोफार्मास्यूटिकल्स; त्याच्या एजंट्स आणि करारांसह; राष्ट्रीय आणि आंतरराष्ट्रीय नियामक संस्था आणि सरकारी संस्था यांना करण्यास परवानगी देतो व त्यांना माझ्या सर्व वैद्यकीय नोंदी तपासण्याची परवानगी देतो.

अभ्यासाच्या दरम्यान कोणत्याही वेळी कारणे न देता आपल्या अभ्यासामधून बाहेर पडण्याच्या अधिकाराबद्दल मला माहिती आहे.

रुग्णाची सही / अंगठा:

तारीख

साक्षीची सही:

तारीख

(रुग्णाशी संबंध)

चिकित्सकाची सही:

तारीख