



বাংলাদেশ সিপিউওএল গবেষণা

সম্মতি পত্র

প্রকল্প শিরোনাম: বাংলাদেশের গ্রামীণ অঞ্চলে মস্তিষ্কে পক্ষাঘাতগ্রস্ত কিশোরদের স্বাস্থ্য সম্পর্কিত জীবনযাত্রার মান এবং তাদের প্রাথমিক সেবাদানকারীদের মানসিক কল্যাণ - বাংলাদেশ সিপিউওএল গবেষণা

আমি, (আপনার নাম লিখুন)

এই মর্মে (কিশোর/কিশোরীর/প্রতিবন্ধী নাম লিখুন)

বাংলাদেশ সিপিউওএল গবেষণা কার্যে অন্তর্ভুক্ত হওয়ার জন্য সম্মতি প্রদান করছি।

এই ব্যক্তির সাথে আমার সম্পর্ক (টিক চিহ্ন দিন): ☐ পিতা মাতা ☐ দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তি

আমি সম্মতি দিচ্ছি যে,

<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	গবেষণার জন্য আমি/মস্তিষ্কে পক্ষাঘাতগ্রস্ত কিশোর সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ এবং রেকর্ড করা
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	আমি তথ্যপত্রে উল্লেখিত তথ্য পড়েছি এবং আমার এ সম্পর্কিত সকল প্রশ্নের উত্তর সন্তোষজনক ভাবে বুঝতে পেরেছি
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	আমি বুঝতে পেরেছি যে একজন ব্যক্তি সরাসরিভাবে এই গবেষণা কাজে অন্তর্ভুক্ত হয়ে কোন প্রকার প্রত্যক্ষ সুবিধা এবং কোন প্রকার আর্থিক সাহায্য নাও পেতে পারে।
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	আমি এ সম্পর্কে সচেতন যে এই সম্মতিপত্র ও তথ্যপত্রের একটি কপি পূরণ করার পর আমার ব্যক্তিগত রেকর্ডের জন্য রাখা উচিত।

আমি এই গবেষণায় ☐ সিপি গ্রুপ ☐ স্বাভাবিক গ্রুপ হিসাবে অংশগ্রহণের সম্মতি প্রদান করছি। (টিক দিন)

পিতা-মাতা/সেবাদানকারীর স্বাক্ষর: তারিখ:

সাফীর স্বাক্ষর: তারিখ:

কিশোর/কিশোরী (যাদের বয়স ১৩ বছরের উপরে এবং বুদ্ধিগত ভাবে সম্মতি প্রদানের জন্য উপযুক্ত):

সম্মতির প্রয়োজন নেই ☐ (টিক চিহ্ন দিন) সম্মতি না নেয়ার কারণ:

স্বাক্ষর: তারিখ:

শুধুমাত্র অনুসন্ধানকারী গবেষকের সাথে আলোচনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য:

আমি, একজন অনুসন্ধানকারী গবেষক হিসেবে প্রত্যয়ন করছি যে, আমি এই প্রকল্পটি কিশোর/দায়িত্বপ্রাপ্ত প্রাথমিক সেবাদানকারীকে ব্যাখ্যা করেছি এবং বিবেচনা করেছি যে তিনি তার অন্তর্ভুক্তি সম্পর্কে বুঝতে পেরেছেন এবং স্বাধীনভাবে তার সম্মতি প্রদান করেছেন।

স্বাক্ষর: তারিখ:

নাম: পদবী: