



## সম্মতি পত্র

### গুরুতর মানসিকভাবে অসুস্থ ব্যক্তিদের উপর করোনাভাইরাস (কোভিড-১৯) মহামারী এবং এর ফলে গৃহীত পদক্ষেপের প্রভাব অনুসন্ধান (ইমপ্যাক্ট কোভিড-১৯-এসএমআই জরিপ)

আপনি যদি নিম্নোক্ত উক্তিসমূহের সাথে সম্মত হন, তবে নিচের বক্সসমূহে (□) টিক (✓) চিহ্ন দিনঃ

- একজন গবেষক গবেষণা কার্যক্রম সম্পর্কে এবং এতে অংশগ্রহণ করতে যা প্রয়োজন তা ব্যাখ্যা করেছেন। আমি এই গবেষণা কার্যক্রম সম্পর্কে প্রশ্ন করা বা উদ্বেগের বিষয়গুলি নিয়ে আলোচনা করার সুযোগ পেয়েছি।
  - আমি এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করতে ইচ্ছুক কিনা তা নির্ধারণ করার জন্য আমাকে পর্যাপ্ত সময় দেওয়া হয়েছে।
  - আমি এই বিষয়ে অবহিত আছি যে, এই গবেষণায় অংশগ্রহণ সম্পূর্ণভাবে স্বেচ্ছামূলক; এবং আমি যদি অংশগ্রহণ না করার সিদ্ধান্ত নিই, তবে তা আমার বর্তমান এবং ভবিষ্যতের চিকিৎসা-সেবা প্রাপ্তির ক্ষেত্রে কোনো প্রভাব ফেলবে না।
  - আমি এই মর্মে অবগত আছি যে কোন প্রকার কারণ দর্শানো ছাড়াই এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করা থেকে আমি যে কোন সময় বিরত হতে পারি, এর ফলে বর্তমানে এবং ভবিষ্যতের চিকিৎসা-সেবা প্রাপ্তির ক্ষেত্রে কোনো প্রভাব ফেলবে না।
  - আমি গবেষকদের আমার সাক্ষাৎকার গ্রহণ করার মাধ্যমে তথ্য সংগ্রহ করার এবং উক্ত তথ্যসমূহ বেনামে একটি সুরক্ষিত ইলেকট্রনিক ডাটাবেইজে সংরক্ষণ করার অনুমতি দিচ্ছি, যা দেশে করোনাভাইরাসের প্রাদুর্ভাবের ফলে মানসিকভাবে অসুস্থ ব্যক্তিদের উপর প্রভাব অনুসন্ধান বিষয়ক গবেষণার উদ্দেশ্যে বিশ্লেষণ করা হবে।
  - আমি আমার ব্যক্তিগত তথ্যসমূহ (যেমন, সনাক্তকরণযোগ্য তথ্য) ১০ বছর যাবৎ সংরক্ষণের অনুমতি প্রদান করছি এবং অবগত রয়েছি যে, আমি যেকোনো সময়ে এই তথ্যসমূহ মুছে ফেলার অনুরোধ করতে পারি।
  - ইউরোপীয়ান সাধারণ তথ্য সংরক্ষণ বিধিমালার মানদণ্ড অনুসারে আমি বেনামে সংরক্ষণকৃত তথ্যসমূহ ইমপ্যাক্ট প্রকল্পের জাতীয় এবং আন্তর্জাতিক সদস্যবৃন্দকে এই মর্মে অবগত করার অনুমতি প্রদান করছি, যেন বৈজ্ঞানিক জার্নালে প্রকাশের উদ্দেশ্যে কিংবা শিক্ষামূলক উদ্দেশ্যে এই তথ্যসমূহ ব্যবহার করা যায় এবং ইমপ্যাক্ট প্রকল্পের অংশ হিসেবে ভবিষ্যৎ গবেষণায় যেন এটি ব্যবহার করা যায়।
  - এতদ্বারা আমি এই প্রকল্পে স্বেচ্ছায় অংশগ্রহণ করব বলে নিশ্চিত করছি।
- হ্যাঁ  আমি ইমপ্যাক্ট দলের গবেষকদেরকে এই কথোপকথনটি স্মারক হিসেবে রাখার জন্য অনুমতি প্রদান করছি।
- না
- হ্যাঁ  আমি ইমপ্যাক্ট প্রকল্পের গবেষকদেরকে অনুমতি প্রদান করছি যে, তাঁরা ভবিষ্যতে ফলোআপের জন্য/সংশ্লিষ্ট গবেষণায় আমার অংশগ্রহণের নিমিত্তে আমার সাথে যোগাযোগ করতে পারবেন।
- না

-----  
অংশগ্রহণকারীর নাম

-----  
অংশগ্রহণ করতে সম্মত?

\_\_/\_\_/\_\_\_\_  
তারিখ (দিন/মাস/বছর)

-----  
গবেষকের নাম

-----  
গবেষকের স্বাক্ষর

\_\_/\_\_/\_\_\_\_  
তারিখ (দিন/মাস/বছর)

রোগীর সনাক্তকরণ নম্বরঃ \_\_/\_\_/\_\_\_\_