



Investigating the impact of Coronavirus (COVID-19) and its response on people with Severe Mental Illness (IMPACT COVID19-SMI Survey)

شدید ذہنی بیماری میں مبتلا افراد میں کورونا وائرس کے اثرات اور اس کے ردعمل کی تحقیق (امپیکٹ کوڈ ۱۹ - ایس ایم آئی سروے)

رضامندی فارم

براہ مہربانی جس بیان کے ساتھ شرکت کرنے والا / والی متفق ہے اس کے سامنے دیے گئے خانے میں ٹک کا نشان لگائیں

ایک ریسریچر نے مجھے زبانی اس تحقیق کے متعلق تفصیلات بتائی ہیں، اور مجھے اس کے بارے میں میرے تمام خدشات کے بارے میں بات کرنے اور سوالات کرنے کا موقع دیا گیا ہے؛

مجھے اس میں شرکت کے بارے میں فیصلہ کرنے کے لیے بھر پور موقع دیا گیا ہے؛

- میں یہ بات جانتا / جانتی ہوں کہ اس تحقیق میں شمولیت مکمل طور پر رضاکارانہ ہے اور اس میں شرکت نہ کرنے کا فیصلہ میری موجودہ یا مستقبل میں ملنے والی صحت کی دیکھ بھال پر کوئی اثر نہیں پڑے گا؛
- مجھے معلوم ہے کہ میں کسی بھی وقت اس تحقیق میں مزید شرکت سے انکار کر سکتا ہوں اور اس سے میری موجودہ یا مستقبل میں ملنے والی صحت کی دیکھ بھال پر کوئی اثر نہیں پڑے گا؛
- میں اس ٹیم میں تحقیق کرنے والوں کو اس بات کی اجازت دیتا / دیتی ہوں کہ وہ میرے بارے میں معلومات اکٹھی کریں اور ان معلومات کو اس تحقیق "شدید ذہنی بیماری میں مبتلا افراد پر کورونا وباء کے اثرات اور اس کے ردعمل"، کے لیے ایک محفوظ ڈیٹا بیس میں میری ذاتی شناخت کے بغیر تجزیے کے لیے محفوظ کریں۔
- میں اپنی ذاتی معلومات (جیسا کہ شناخت کی معلومات) کو 10 سال تک محفوظ کرنے کی اجازت دیتا / دیتی ہوں اور میں جانتا / جانتی ہوں کہ میں کسی بھی وقت ان معلومات کو ہدف یا ختم کرنے کے بارے میں کہہ سکتا / سکتی ہوں؛

میں اس بات کی اجازت دیتا /دیتی ہوں کہ میری شناخت کے بغیر معلومات کو امپیکٹ پراجیکٹ کے قومی یا بین الاقوامی ممبران کو یورپین جنرل ڈیٹا ریگولیشن کے معیار کے مطابق فراہم کی جائیں جنہیں بعد میں سائنسی مقالہ جات اور علمی مقاصد کے لیے شائع کرنے مستقبل میں امپیکٹ کی ہونے والی تحقیقات میں استعمال کیا جا سکتا ہے۔

اس تحقیق میں رضاکارانہ شمولیت کی تصدیق کرتا /کرتی ہوں۔

میں امپیکٹ ٹیم کے ریسرچرز کو اس تحقیق کے فالو اپ کے لیے دوبارہ مجھ سے رابطہ کرنے کی اجازت دیتا /دیتی ہوں

Participant's name شرکت کرنے والے کا نام	Agreed to participate? شرکت کے لیے رضامند ہے	____/____/____ Date تاریخ
Researcher's name ریسرچر کا نام	Researcher's signature ریسرچر کے دستخط	____/____/____ Date (dd/mm/yyyy) تاریخ
Patient Identification Number ____/____/____ مریض کا شناختی نمبر		