

रोगी सहमति प्रपत्र

इस प्रपत्र को उचित तरीके से प्रसंस्कृत करने के लिए निम्नलिखित जानकारी प्रदान की जानी चाहिए।

फाइल संख्या:

शीर्षक:

लेखक(लेखकगण):

रोगियों को इस सहमति प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने से इंकार करने का अधिकार है; इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने से इंकार उनकी देखभाल को किसी भी तरह से प्रभावित नहीं करेगा।

मैं एतद्वारा अपने मामले से संबंधित चित्रों और/या अन्य नैदानिक जानकारी को *कैनेडियन मेडिकल एसोसिएशन जर्नल (CMAJ)* में छापने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ।

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरा नाम और आद्याक्षर प्रकाशित नहीं किये जायेंगे और यह कि मेरी पहचान छुपाने के लिए प्रयास किए जायेंगे, लेकिन अनाम रखने की गारंटी नहीं दी जा सकती है।

मैं समझता/समझती हूँ कि सामग्री को *CMAJ* में, *CMAJ* की वेबसाइट पर और *CMAJ* से जनित उत्पादों में प्रकाशित किया जा सकता है। इसके परिणामस्वरूप, मैं समझता/समझती हूँ कि यह सामग्री आम जनता के द्वारा देखी जा सकती है।

रोगी का नाम

रोगी की जन्मतिथि

रोगी के हस्ताक्षर(या रोगी की ओर से सहमति देने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर)

दिनांक

यदि आप रोगी नहीं हैं, तो आपका उससे क्या संबंध है? (सहमति देने वाला व्यक्ति एक वैकल्पिक निर्णयकर्ता या कानूनी अभिभावक या मरीज के लिए वैधानिक शक्ति धारक होना चाहिए।)

रोगी सहमति देने के लिए सक्षम क्यों नहीं हैं? (उदाहरणार्थ, क्या रोगी अवयस्क, अक्षम या मृतक हैं?)

यदि मरीज के चेहरे या शरीर के विशिष्ट चिन्हों के चित्रों को प्रकाशित किया जाना हो तो, प्रथम भाग के अलावा निम्नलिखित भाग पर भी हस्ताक्षर किये जाने चाहिए:

मैं अपने चेहरे या शरीर के विशिष्ट चिन्हों के चित्रों के प्रकाशन हेतु अनुमति प्रदान करता/करती हूँ और समझता/समझती हूँ कि इसके परिणामस्वरूप मेरी पहचान की जा सकती है, भले ही मेरा नाम और आद्याक्षर प्रकाशित नहीं किये जाएंगे।

रोगी के हस्ताक्षर(या रोगी की ओर से सहमति देने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर)

दिनांक