

PARTICIPANT INFORMED CONSENT FORM (PICF)

DEPARTMENT OF COMMUNITY MEDICINE & FAMILY MEDICINE, AIIMS BBSR

Participant ID No. : _____

Study Title: " Effectiveness of peer-led intervention in the control of non-communicable diseases in rural areas of Khordha district: A cluster-randomized controlled trial"

Investigator: Dr.Priyamadhaba Behera

Phone: +91 9910830997

The contents of attached information sheet dated _____ that was provided, have been read carefully by me/explained to me in detail, in a language that I comprehend. I have fully understood the contents. I confirm that I have had opportunity to ask questions.

The nature and purpose of study and its potential risks/ benefits and expected duration of study, and relevant details of study have been explained to me in detail. I understand that my participation is voluntary, and that I am free to withdraw at any time without giving any reasons, without my medical care being affected.

I understand that information collected about me from my participation in this research, and sections of any of my medical notes may be looked at by responsible individuals from AIIMS, Bhubaneswar, for these individuals to have access to my records.

I agree to take part in the above study.

Signature/left thumb impression:

Name of the Participant: _____

Date: _____

Father/Mother/Guardian of: _____

Place: _____

Complete Postal Address: _____

This is to certify that above consent has been obtained in my presence.

Signature of Principal Investigator
Dr. Priyamadhaba Behera

Witness 1 (Name and Signature)

Witness 2 (Name and Signature)

କମ୍ୟୁନିଟି ମେଡିସିନ୍ ଏବଂ ଫ୍ୟାମିଲି ମେଡିସିନ୍ ବିଭାଗ, ଏମ୍ସ, ଭୁବନେଶ୍ୱର

ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀ ID ନମ୍ବର: _____

ଅଧ୍ୟୟନର ଆଖ୍ୟା " ଅଧ୍ୟୟନ ଶୀର୍ଷକ: "ଖୋର୍ଦ୍ଧା ଜିଲ୍ଲାର ଗ୍ରାମାଞ୍ଚଳରେ ଅଣ- ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗର ନିୟନ୍ତ୍ରଣରେ ସାଥୀଙ୍କ ନେତୃତ୍ୱରେ ହସ୍ତକ୍ଷେପର ପ୍ରଭାବ: ଏକ କ୍ଲଷ୍ଟର- ଯାଦବନିୟନ୍ତ୍ରିତ ନିୟନ୍ତ୍ରିତ ପରୀକ୍ଷଣ""

ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ: ଡା. ପ୍ରିୟମାଧବ ବେହେରା

ଫୋନ୍: +91 9910830997

ସୂଚନା ପତ୍ରିକାର ବିଷୟବସ୍ତୁ _____ ଯାହା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିଲା, ତାହା ମୁଁ ଯତ୍ନ ସହ ପଢ଼ିଛି। ମୋତେ ଏକ ବିସ୍ତୃତ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଛି, ଯାହା ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି । ମୁଁ ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ରୂପେ ବୁଝିଛି। ମୁଁ ନିଶ୍ଚିତ କରୁଛି ଯେ ମୋତେ ପ୍ରଶ୍ନ ପଚାରିବାର ସୁଯୋଗ ମିଳିଛି ।

ଅଧ୍ୟୟନର ପ୍ରକୃତି ଏବଂ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ଏବଂ ଏହାର ସମ୍ଭାବ୍ୟ ବିପଦ / ଲାଭ ଏବଂ ଅଧ୍ୟୟନର ଆଶା କରାଯାଉଥିବା ସମୟ, ଏବଂ ଅଧ୍ୟୟନର ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ବିବରଣୀ ମୋତେ ବିସ୍ତୃତ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଛି । ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ମୋର ଅଂଶଗ୍ରହଣ ସ୍ୱେଚ୍ଛା କୃତ ଅଟେ, ଏବଂ ମୋର ଚିକିତ୍ସା ସେବା ପ୍ରଭାବିତ ନହୋଇ ମୁଁ ଯେ କୌଣସି ସମୟରେ ପ୍ରତ୍ୟାହାର କରିବାକୁ ମୁକ୍ତ ଅଟେ । ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ଏହି ଅନୁସନ୍ଧାନରେ ମୋର ଅଂଶଗ୍ରହଣରୁ ମୋ ବିଷୟରେ ସଂଗୃହିତ ସୂଚନା, ଏବଂ ମୋର ଯେକୌଣସି ଡାକ୍ତରୀ ନୋଟର ଏମ୍ସ, ଭୁବନେଶ୍ୱରର ଦାୟିତ୍ୱବାନ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦଲ୍ଲତ୍ୱରେ ଦେଖାଯାଇପାରେ । ଏମ୍ସ ଭୁବନେଶ୍ୱରର ଏହି ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କୁ ମୋର ରେକର୍ଡଗୁଡ଼ିକ ପାଇବାକୁ ଅନୁମତି ଦେଉଛି ।

ମୁଁ ଉପରୋକ୍ତ ଅଧ୍ୟୟନରେ ଭାଗ ନେବାକୁ ରାଜି ଅଟେ ।

ଦସ୍ତଖତ / ବାମ ଆଙ୍ଗୁଠି ପ୍ରଭାବ:

ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ନାମ: _____ ତାରିଖ ।

ପିତା / ମାତା / ଅଭିଭାବକ: _____ ସ୍ଥାନ ।

ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଡାକ ଠିକଣା: _____

ଏହା ପ୍ରମାଣ କରିବା ପାଇଁ ଯେ ମୋ ଉପସ୍ଥିତିରେ ଉପରୋକ୍ତ ସମ୍ମତି ପ୍ରାପ୍ତ ହୋଇଛି ।

ମୁଖ୍ୟ ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ ।

ଡା. ପ୍ରିୟମାଧବ ବେହେରା

ତାରିଖ: ସ୍ଥାନ:

ସାକ୍ଷୀ ୧ ନାମ:

ସାକ୍ଷୀ ୨ ନାମ