

**NATIONAL INSTITUTE OF CARDIOVASCULAR DISEASES,
RAFIQUI (H.J) SHAHEED ROAD, KARACHI, PAKISTAN.
INFORMED CONSENT**

Research Description	
<i>Title of the Study</i>	
<i>Name of the Investigator</i>	
<i>Name of Organization</i>	
<i>Source of Funding</i>	
<i>Duration of the Study</i>	
Purpose of the study	
Procedures (lab investigations/invasive or non-invasive tests, etc.)	
Possible Benefits (monitory/therapy/drug, etc.)	
Possible Risks or Discomfort / Management	
<p>In case of any discomfort during the study please contact; Name: _____ Contact No.: _____</p>	
Financial Considerations	
Confidentiality	
Your data will be accessible to the authorized persons only. Further that your personalized information, such as name, address, CNIC, passport, or hospital recorded / registration number etc., will NOT be disclosed during the dissemination / publication of study finding.	
Right to Refuse to Participate and Withdrawal	
Participation in this research study is voluntary and you may refuse to participate without any loss of benefits, which you are entitled. You have full right to withdraw anytime during the study.	
For Further Information	
For further details about the research study and the rights of the participants, please contact Name: _____ Contact No.: _____	

UNDERTAKING: I have read this consent form and fully understood it. I volunteer to participate in this research study. I give consent for publication of the data acquired in study whilst maintaining anonymity. I understand that I will receive a copy of this form. I voluntarily choose to participate, but I understand that my consent does not take away any legal rights in the case of negligence or other legal fault of anyone who is involved in this study. I further understand that nothing in this consent form is intended to replace any applicable Federal/Provincial laws.

Participant/Father/Guardians Signatures

Doctor Name and Signature

**NATIONAL INSTITUTE OF CARDIOVASCULAR DISEASES,
RAFIQUI (H.J) SHAHEED ROAD, KARACHI, PAKISTAN.
INFORMED CONSENT**

تحقیق کی تفصیل	
	تحقیق کا عنوان
	محقق کا نام
	تنظیم / ہسپتال کا نام
	فنڈ راز کا ذریعہ
	تحقیق کا دورانیہ
تحقیق کا مقصد	
تحقیق کے طریقہ کار	
تحقیق کے ممکنہ فوائد	
تحقیق کے ممکنہ خطرات یا تکلیف	
مطالعہ کے دوران کسی بھی تکلیف کے صورت میں درج ذیل نمبروں پر رابطہ کریں	
نام:	رابطہ نمبر:
مالی امداد یا معاوضہ	
صیغہ راز	
آپ سے جمع کی گئی معلومات تک رسائی صرف محدود افراد کو حاصل ہوگی۔ اور اس کے علاوہ مطالعہ کی اشاعت کے دوران آپ کی ذاتی معلومات، جیسے نام، پتہ، قومی شناختی کارڈ نمبر، پاسپورٹ، یا ہسپتال ریکارڈز رجسٹریشن نمبر وغیرہ، کسی کو بھی ظاہر نہیں کیا جائے گا۔	
تحقیق میں شرکت کرنے یا نہ کرنے کا اختیار۔	
اس تحقیق میں آپ اپنی مرضی سے شریک ہو سکتے ہیں اور آپ بغیر کسی دباؤ کے اس تحقیق میں شرکت سے انکار کر سکتے ہیں۔ شرکت سے انکار کی وجہ سے آپ کو کسی قسم کے نقصان کا سامنا نہیں کرنا پڑے گا اور نہ ہی آپ کو آپ کے جائز حق سے محروم کیا جائے گا۔ اس کے علاوہ آپ کو حق حاصل ہوگا کہ تحقیق کے دوران کسی بھی موقع پر آپ شرکت سے انکار کر سکتے ہیں۔	
مزید تفصیلات کے لئے	
براہ کرم مزید تفصیلات کے لئے درج ذیل نمبروں پر رابطہ کریں	
نام:	رابطہ نمبر:

تحقیق میں شرکت کا رضی نامہ: میں نے یہ معلوماتی کتابچہ پڑھ لیا ہے اور اس میں دی گئی معلومات کو اچھی طرح سمجھ لیا ہے۔ میں اپنی مرضی سے اس تحقیقی مطالعہ میں شرکت کرنا چاہتی / چاہتا ہوں اور اس تحقیقی مطالعہ کے نتائج میری شناخت ظاہر کیے بغیر اشاعت کی رضامندی دیتی / دیتا ہوں۔ لیکن میری رضامندی کے باوجود تحقیق کے دوران ہونے والی کسی لاپرواہی سے ہونے والے نقصان پر قانونی چارہ جو ہی کا حق رکھتی / رکھتا ہوں۔

مریض / والد / سرپرست کا نام اور دستخط: _____ ڈاکٹر کا نام اور دستخط: _____