

MegaRox ID: \_\_\_\_\_

**محتاط آکسیجن ایشن (کنسروپیٹیو) اور بہت زیادہ (لبرل) آکسیجن ایشن اہداف کا موازنہ کرنے کے لئے وسیع پیمانے پر بال ترتیب رجسٹری تجربہ - (Mega ROX)**

### اجازت نامہ

میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے " آئی سی یو میں مکینیکل وینٹی لیٹر پر موجود بالغ مریضوں میں، محتاط آکسیجن ایشن (کنسروپیٹیو) اور بہت زیادہ آکسیجن ایشن (لبرل) اہداف کا موازنہ کرنے کے لئے وسیع پیمانے پر بال ترتیب رجسٹری تجربہ (Mega ROX) نامی تحقیق کے لئے دی گئی " تحریری ہدایات پڑھ لی ہیں۔ میں اس تحریری رضامندی فارم میں دی گئی معلومات کو سمجھتا ہوں۔ مجھے سوالات پوچھنے کا موقع فراہم کیا گیا تھا اور میں دئے گئے جوابات اور وضاحتوں سے مطمئن ہوں۔

میں سمجھتا ہوں کہ آکسیجن زندگی کے لیے اہم ہوتی ہے اور ان تمام مریضوں کو دی جاتی ہے جو وینٹی لیٹر (سانس لینے کی مشین) پر ہوں۔ اکثر یہ مریض ضرورت سے زیادہ آکسیجن حاصل کر لیتے ہیں جس کی انہیں اپنے جسم کی آکسیجن کے درجات معمول پر رکھنے کے لئے درکار ہو۔ کچھ تحقیق یہ کہتی ہے کہ جسم میں آکسیجن کے مطلوبہ درجے حاصل کرنے کے لئے ضروری آکسیجن کی بہ نسبت زیادہ آکسیجن دینا نقصان دہ ہو سکتا ہے جبکہ دیگر تحقیق کہتی ہے کہ ایسا نہیں ہے اور یہ فائدہ مند بھی ہو سکتا ہے۔ Mega ROX تحقیق کا مقصد آکسیجن تھراپی کے دو طریقوں کا اثر موت کے خدشہ پر تعین کرنا ہے، ان مریضوں میں جنہیں آئی سی یو میں ہنگامی طور پر وینٹی لیٹر (سانس لینے کی مشین) کی ضرورت پڑتی ہے۔

میں سمجھتا ہوں کہ اس تحقیق میں شرکت مکمل طور پر رضاکارانہ ہے اور یہ کہ ہم اس سے کسی بھی وقت کوئی وجہ بتائے بغیر دستبردار ہونے کے لئے آزاد ہیں۔ مجھے میرے رشتہ دار کا علاج کرنے والے ڈاکٹر نے بتادیا ہے کہ معلومات سے حاصل کلینیکل مواد پریزینٹیشن/سائنسی اشاعت اور/یا طبی معلومات کے لئے استعمال کیا جائے گا۔ درج بالا تمام حقائق اور شرائط کو سمجھتے ہوئے میں ان کی ٹیم کو تحقیق میں اپنے مریض کی شرکت کی اجازت کے لئے رضامندی دیتا ہوں۔

میں سمجھتا ہوں کہ اس فارم پر دستخط کر کے ہمارے حقوق پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔ میں یہ بھی جانتا ہوں کہ مجھے تحقیق کے محققین کی جانب سے کسی بھی وقت میرے دستخط کے ساتھ اس دستخط شدہ بیان کی مکمل کاپی دی جائے گی۔ مجھے علاج کرنے والی ٹیم کی طرف سے یقین دہانی کرائی گئی ہے کہ جیسے ہی میرے رشتہ دار سمجھنے اور معلومات دینے کے قابل ہوں گے اس تحقیق میں انہیں شرکت کے بارے میں آگاہ کر دیا جائے گا۔

\_\_\_\_\_ مریض کا نام:

\_\_\_\_\_ مریض کے قانونی نمائندے/مریض کے رشتہ دار کا نام

\_\_\_\_\_ تاریخ

\_\_\_\_\_ مریض کے قانونی نمائندے/رشتہ دار کے دستخط

\_\_\_\_\_ تاریخ

\_\_\_\_\_ رضامندی حاصل کرنے والے شخص کا نام اور دستخط

\_\_\_\_\_ تحقیق کار کے دستخط