

সম্মতি ফর্ম

BMJ প্রকাশনাগুলিতে রোগীর একটি সম্মতির জন্য তাদের সম্পর্কিত ছবি এবং/বা তথ্য প্রকাশ করার জন্য তার একটি সম্মতির উদ্দেশ্যে।

রোগীর নাম: _____

রোগীর সাথে সম্পর্ক (যদি রোগী এই ফর্মটি স্বাক্ষর না করেন): _____

রোগীর সম্পর্কিত ফটো, ছবি, পাঠ্য বা অন্যান্য উপাদান (উপাদান)। উপাদানটির একটি কপি এই ফর্মটির সাথে সংযুক্ত করা উচিত: _____

উপাদানটিকে যে প্রবন্ধের অন্তর্ভুক্ত করা হবে সেটির সাময়িক শিরোনাম: _____

সম্মতি

আমি _____ [সম্পূর্ণ নাম ছাপার হরফে লিখুন] একটি BMJ প্রকাশনায় আমার/রোগীর সম্পর্কিত উপাদানটি প্রকাশ করার জন্য আমার সম্মতি দিচ্ছি।

আমি নিশ্চিত করছি যে আমি: (নিশ্চিত করার জন্য অনুগ্রহ করে বক্সে টিক চিহ্ন দিন)

- আমার/রোগীর সম্পর্কিত ফটো, ছবি, পাঠ্য বা অন্যান্য উপাদান দেখেছি
- BMJ এর কাছে যে প্রবন্ধটি জমা দেওয়া হবে সেটি পড়েছি
- আইনত এই সম্মতিটি দেওয়ার অধিকারী।

আমি নিম্নলিখিত বিষয়টি বুঝি:

- (1) উপাদানটি আমার/রোগীর নাম যুক্ত না করে প্রকাশ করা হবে, তবে আমি বুঝি যে সম্পূর্ণরূপে পরিচয় গোপন রাখার নিশ্চয়তানিশ্চয়তা দেওয়া যায় না। এটি সম্ভব যে কোনো ব্যক্তি কোথাও - উদাহরণস্বরূপ, এমন কেউ যিনি আমার/রোগীর তথ্যাবধান করেছেন বা একজন আত্মীয় - হয়ত আমাকে/রোগীকে চিনে ফেলতে পারেন।
- (2) উপাদানটি আমার/রোগীর এমন কোনো চিকিৎসাগত রোগাবস্থা বা আঘাত এবং রোগের পূর্বাভাস, চিকিৎসা বা শল্যচিকিৎসার বিবরণ দেখাতে পারে বা অন্তর্ভুক্ত করতে পারে যা আমার/রোগীর আছে, ছিল বা ভবিষ্যতে হতে পারে।
- (3) প্রবন্ধটি এমন একটি পত্রিকায় প্রকাশিত হতে পারে যেটি বিশ্বব্যাপী বন্টিত হয়। BMJ'র প্রকাশনাগুলি মূলতঃমূলত ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাজীবীদের কাছে যায়, তবে শিক্ষাবিদ, শিক্ষার্থী এবং সাংবাদিকদের মতো অন্যান্য অনেকেই এটি দেখেন।
- (4) উপাদানটি সহ, প্রবন্ধটি একটি সংবাদমাধ্যমে প্রকাশিত হতে পারে, এবং সামাজিক গণমাধ্যম প্রস্তুত করার জন্য যুক্ত করা হতে পারে এবং/বা অন্যান্য প্রচারমূলক কাজকর্মে ব্যবহৃত হতে পারে। প্রকাশিত হওয়ার পরে, প্রবন্ধটিকে একটি BMJ ওয়েবসাইটে স্থান দেওয়া হবে এবং অন্যান্য ওয়েবসাইটগুলিতেও উপলব্ধ হতে পারে।
- (5) রচনাশৈলী, ব্যাকরণ এবং সংগতি রক্ষার জন্য প্রবন্ধটির পাঠ্যটিকে প্রকাশনার পূর্বে সম্পাদনা করা হবে।
- (6) আমি/রোগী প্রবন্ধটির প্রকাশনা থেকে কোনো আর্থিক সুবিধা পাবো না।

- (7) প্রবন্ধটি অন্যান্য প্রকাশনায় এবং BMJ ও/বা অন্যান্য প্রকাশকদের দ্বারা প্রকাশিত পণ্যগুলিতেও সম্পূর্ণরূপে বা অংশিক ভাবে ব্যবহৃত হতে পারে। এর অন্তর্ভুক্ত হল ইংরেজী প্রকাশনা এবং অনুবাদ, মুদ্রণ, ডিজিটাল ফরম্যাট, এবং অন্যান্য যে কোনো ফরম্যাট যা বর্তমানে এবং ভবিষ্যতে BMJ বা অন্যান্য প্রকাশকদের দ্বারা ব্যবহৃত হতে পারে। UK এবং বিদেশে প্রকাশিত, প্রতিকা বা অন্যান্য প্রকাশনার স্থানীয় সংস্করণে প্রবন্ধটি দেখা যেতে পারে।
- (8) আমি প্রকাশনার পূর্বে যে কোনো সময়ে আমার সম্মতি প্রত্যাহার করে নিতে পারি, কিন্তু প্রবন্ধটিকে একবার প্রকাশনার প্রতিশ্রুতি দেওয়া হলে ("ছাপাখানায় চলে গেলে") সম্মতিটি প্রত্যাহার করে নেওয়া সম্ভব হবে না।
- (9) আইনের সাথে সঙ্গতিপূর্ণভাবে, প্রয়োজনের তুলনায় অনধিক সময়ের জন্য, এই সম্মতির ফর্মটিকে BMJ সুরক্ষিতভাবে এবং গোপনীয়তা সহকারে রেখে দেবে।

নিম্নলিখিত বিষয়টি নিশ্চিত করার জন্য অনুগ্রহ করে বক্সে টিক চিহ্ন দিন:

- যদি প্রয়োজন হয়, ভবিষ্যতে শুধুমাত্র আমার সাথে যোগাযোগ করার উদ্দেশ্যে আমি BMJ কে আমার যোগাযোগের বিবরণ (EEA এর বাইরে সহ) সঞ্চিত রাখার সম্মতি দিচ্ছি।
- যেহেতু এই সম্মতিটি BMJ কেস রিপোর্টগুলির একটি প্রবন্ধের সাথে সম্পর্কিত, সেহেতু আমি/রোগী প্রবন্ধটি সম্পর্কে মন্তব্য প্রকাশের সুযোগ পেয়েছি এবং আমি এই ব্যাপারে সন্তুষ্ট যে মন্তব্যগুলি, যদি কিছু থাকে, সেগুলি প্রবন্ধটিতে প্রতিফলিত হয়েছে।

স্বাক্ষরিত: _____

ছাপার হরফে নাম লিখুন: _____

ঠিকানা: _____

ইমেল ঠিকানা: _____

টেলিফোন নম্বর: _____

যদি রোগীর পক্ষ থেকে স্বাক্ষর করেন, তাহলে কেন রোগী নিজের জন্য সম্মতি দিতে পারেন না সেই কারণটি জানান (উদাহরণস্বরূপ রোগী মৃত, বয়স 18 বছরের কম অথবা জ্ঞানগতবোধগত বা মেধাগত অক্ষমতা আছে)।

তারিখ: _____

- আপনি যদি একটি পরিবার বা অন্য দলের জন্য স্বাক্ষর করেন, তাহলে পরিবার বা দলটির সকল সংশ্লিষ্ট সদস্যকে যে জানানো হয়েছে তা নিশ্চিত করার জন্য অনুগ্রহ করে বক্সে টিক চিহ্ন দিন।

যদি রোগীটি হয় 7 বা তার বেশি বয়সের একটি শিশু, তাহলে তাকেও অবশ্যই তার সম্মতি নিশ্চিত করতে হবে:

স্বাক্ষরিত: _____

ছাপার হরফে নাম লিখুন: _____

জন্মতারিখ: _____

তারিখ: _____

যে ব্যক্তি রোগী বা তার প্রতিনিধিকে (উদাহরণস্বরূপ সংশ্লিষ্ট লেখক বা অন্যান্য ব্যক্তি যার সম্মতি গ্রহণ করার অধিকার আছে) ফর্মটি ব্যাখ্যা এবং প্রদান করেছেন তার বিবরণ।

স্বাক্ষরিত: _____

ছাপার হরফে নাম লিখুন: _____

পদ: _____

ঠিকানা: _____

প্রতিষ্ঠান: _____

ইমেল ঠিকানা: _____

টেলিফোন নম্বর: _____

তারিখ: _____