

## सहमति फाराम

तस्विर तथा/वा बिरामीको विवरण BMJ पब्लिकेशनमा प्रकाशन गर्नका लागि बिरामीको सहमतिका लागि ।

बिरामीको नाम: \_\_\_\_\_

बिरामीसँगको सम्बन्ध (यदि बिरामीले यो फाराममा हस्ताक्षर नगर्ने भए): \_\_\_\_\_

बिरामीका बारे तस्विर, चित्र, अक्षर वा अन्य सामाग्री (सामाग्री) / सामाग्रीको एउटा प्रतिलिपि यसै फाराम साथ संलग्न हुनुपर्नेछ: \_\_\_\_\_

सामाग्री संलग्न हुने लेखको प्रस्तावित शीर्षक: \_\_\_\_\_

### अनुमति

म \_\_\_\_\_ [पूरा नाम छापनुहोस्] BMJ पब्लिकेशनमा मेरो/बिरामीका बारेको सामाग्री प्रकाशित गर्न सहमति प्रदान गर्दछु ।

म निम्न बुँदाहरूमा पुष्टि गर्दछु: (सुनिश्चित गर्न कृपया कोठाहरूमा चिनो लगाउनुहोस्)

- मैले मेरो/बिरामीको तस्विर, चित्र, वा अन्य सामग्री देखेको छु
- BMJ लाई पेश गरिने लेख पढेको छु
- म यो सहमति प्रदान गर्नका लागि कानूनी रूपमा अधिकार प्राप्त छु ।

मैले निम्न कुराहरू बुझेको छु:

- (1) सामाग्री मेरो/बिरामीको नाम नराखी प्रकाशित गरिनेछ, तर पनि पूर्ण रूपमा परिचय नखुल्ने कुराको ग्यारेन्टी गर्न सकिँदैन । कहीं कतै कसैले - उदाहरणका लागि, मेरो/बिरामीको हेरचाह गरेको व्यक्ति वा कोही आफन्तले - मलाई/बिरामीलाई चिन्न सक्छन् ।
- (2) सामाग्रीमा मेरो/बिरामीको बारेको विगत, वर्तमान वा भविष्यमा हुन सक्ने कुनै चिकित्सकीय अवस्था, वा चोटपटक तथा कुनै उपचार, वा कुनै शल्यक्रिया बारे केही दृश्य समावेश हुन सक्छन् वा कुनै विवरण उल्लेख गरिन सक्छ ।
- (3) संसारभरि वितरण हुने कुनै जर्नलमा सो लेख प्रकाशित हुन पनि सक्छ । BMJ का प्रकाशनहरू मुख्यतया चिकित्सक तथा अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरू कहाँ पुग्दछन् तर प्राज्ञ, विद्यार्थी तथा पत्रकारलगायतका अन्य मानिसहरूले पनि पढ्न सक्छन् ।

- (4) सामाग्री समेतको सो लेख प्रेस विज्ञप्तिको विषय हुन सक्छ वा कुनै सामाजिक सञ्जालमा राखिन सक्छ र/वा अन्य कुनै प्रवर्धनका क्रियाकलाप समावेश हुन सक्छ । एक पटक प्रकाशित भएपछि सो लेख BMJ वेबसाइटमा राखिनेछ र अन्य वेबसाइटहरूमा पनि उपलब्ध हुन सक्छ ।
- (5) लेख प्रकाशित गर्नअघि शैली, भाषा र अन्य एकरूपताका लागि सम्पादन गरिनेछ ।
- (6) यो लेखको प्रकाशनबाट मलाई/बिरामीलाई कुनै पनि आर्थिक लाभ प्राप्त हुने छैन ।
- (7) यो लेख BMJ वा अन्य प्रकाशकहरूबाट प्रकाशित हुने प्रकाशनहरूमा पूर्ण वा आंशिक रूपमा प्रयोग गर्न सकिने छ । यसमा अङ्ग्रेजी भाषामा प्रकाशन र अनुवादहरू पनि पर्नेछन् र छापा, डिजिटल वा अन्य कुनै प्रकारले BMJ वा अन्य प्रकाशकहरूले भविष्यमा समेत प्रयोग गर्न पाउनेछन् । युके वा अन्य देशहरूमा प्रकाशित हुने जर्नलहरूका स्थानीय संस्करण वा अन्य प्रकाशनहरूमा समेत यो लेख समावेश हुन सक्ने छ ।
- (8) प्रकाशन हुनुअघि म कुनै पनि समयमा आफ्नो अनुमति फिर्ता लिन सक्नेछु, तर एक पटक प्रकाशनका लागि गइसकेपछि ("प्रेसमा गएपछि") अनुमति फिर्ता लिन सम्भव हुने छैन ।
- (9) यो अनुमति फाराम BMJ ले कानून बमोजिम सुरक्षित र गोपनीय रूपमा राख्नेछ र आवश्यक समयभन्दा बढी समयसम्म राख्नेछैन ।

कृपया तलका बाकसहरूमा चिनो लगाएर सुनिश्चित गर्नुहोस्:

- आवश्यक परेमा भविष्यमा मलाई सम्पर्क गर्ने एक मात्र उद्देश्यका लागि मेरो सम्पर्क विवरण (EEA भन्दा बाहिर समेत) म BMJ लाई उपलब्ध गराउँदछु ।
- BMJ का मामिला प्रतिवेदनहरूमा यो लेख समावेश गर्नका लागि यो अनुमति सम्बन्धित भए पनि, म/बिरामीलाई लेखमा कुनै कुरा चित्त नबुझेमा टिप्पणी गर्ने अवसर मिल्ने छ ।

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_

इमेल ठेगाना: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

टेलिफोन नम्बर: \_\_\_\_\_

यदि बिरामीको पक्षबाट हस्ताक्षर गर्नुभएको हो भने कृपया खुलाउनुहोस् किन बिरामीले आफै हस्ताक्षर गर्न असम्भव भयो (जस्तै: बिरामीको मृत्यु भइसकेको, 18 वर्षभन्दा कम उमेरको वा दिमागी रूपमा असक्त) ।

\_\_\_\_\_

मिति: \_\_\_\_\_

- यदि तपाईंले कुनै परिवार वा कुनै समूहको पक्षबाट हस्ताक्षर गर्दैहुनुहुन्छ भने आवश्यक पर्ने परिवारका सबै सदस्य वा समूहलाई जानकारी गराइएको छ भनेर कृपया बाकसमा चिनो लगाउनुहोस् ।

---

यदि बिरामी 7 वर्ष वा बढी उमेरको भए, उनीहरूले पनि आफ्नो अनुमति भएको जनाउनु पर्नेछ:

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

जन्म मिति: \_\_\_\_\_

मिति: \_\_\_\_\_

---

**यो फाराम** बिरामी वा बिरामीका प्रतिनिधिलाई पढेर बुझाएको र भर्न सहयोग गरेको व्यक्तिको विवरण (जस्तै: सम्बन्धित लेखक वा अन्य व्यक्ति जोसँग अनुमति प्राप्त गर्नका लागि अधिकार छ) ।

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

पद: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_

संस्था: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

इमेल ठेगाना: \_\_\_\_\_

टेलिफोन नम्बर: \_\_\_\_\_

मिति: \_\_\_\_\_