

## सहमति फॉर्म

बीएमजे (BMJ) प्रकाशनों में छवियों और/या उनके बारे में जानकारी के प्रकाशन के लिए रोगी की सहमति के लिए।

रोगी का नाम: \_\_\_\_\_

रोगी से संबंध (यदि रोगी इस फॉर्म पर हस्ताक्षर न करे): \_\_\_\_\_

रोगी के बारे में फोटो, छवि, टेक्स्ट या अन्य सामग्री (सामग्री) का विवरण। सामग्री की एक प्रति इस फॉर्म से संलग्न की जानी चाहिए: \_\_\_\_\_

लेख का अस्थाई शीर्षक जिसमें सामग्री शामिल की जाएगी: \_\_\_\_\_

### सहमति

मैं \_\_\_\_\_ [पूर्ण नाम लिखें] मेरे / रोगी के बारे में सामग्री के बीएमजे प्रकाशन में प्रकट होने के लिए अपनी सहमति प्रदान करता हूँ।

**मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं:** (कृपया पुष्टि करने के लिए बॉक्स में चिह्नित करें)

- मेरे/रोगी के बारे में तस्वीर, छवि, टेक्स्ट या अन्य सामग्री देखी है
- बीएमजे को प्रस्तुत किए जाने वाले लेख को पढ़ा है
- मैं यह सहमति देने के लिए कानूनी तौर पर हकदार हूँ।

मैं निम्नलिखित को समझता हूँ:

- (1) मेरे/रोगी के नाम के बिना सामग्री को प्रकाशित किया जाएगा, हालांकि मैं समझता हूँ कि पूरी गुमनामी की गारंटी नहीं दी जा सकती है। यह संभव है कि कहीं कोई व्यक्ति - उदाहरण के लिए, जो कोई मेरी/रोगी या संबंधी की देखभाल करता है - मुझे/रोगी को पहचान सकता है।
- (2) सामग्री मेरी/ रोगी की चिकित्सा स्थिति या चोट और किसी भी रोग का निदान, उपचार या सर्जरी जो मेरा/रोगी का हुआ है, या भविष्य में हो सकता है, का विवरण दिखा सकती है या इसमें शामिल किया हो सकता है।
- (3) यह लेख एक पत्रिका में प्रकाशित किया जा सकता है जिसे दुनिया भर में वितरित किया जाता है। बीएमजे के प्रकाशन मुख्य रूप से डॉक्टरों और अन्य स्वास्थ्य पेशेवरों के लिए जाते हैं, लेकिन और शिक्षकों, छात्रों और पत्रकारों सहित दूसरे लोगों द्वारा भी देखे जाते हैं।
- (4) सामग्री सहित लेख, एक प्रेस विज्ञापित का विषय हो सकता है, और सोशल मीडिया से जुड़ा हो सकता है और/या अन्य प्रचार गतिविधियों में इस्तेमाल किया जा सकता है। एक बार प्रकाशित होने पर, यह लेख बीएमजे वेबसाइट पर रखा जाएगा और अन्य वेबसाइटों पर भी उपलब्ध होगा।
- (5) प्रकाशन के पहले लेख के टेक्स्ट को शैली, व्याकरण और अनुरूपता के लिए संपादित किया जाएगा।
- (6) मैं/रोगी को लेख के प्रकाशन से कोई भी वित्तीय लाभ प्राप्त नहीं होगा।

- (7) यह लेख बीएमजे और/या अन्य प्रकाशकों द्वारा प्रकाशित अन्य प्रकाशनों और उत्पादों में पूर्ण या आंशिक रूप में इस्तेमाल किया जा सकता है। इसमें अंग्रेजी में और अनुवाद में, प्रिंट में, डिजिटल प्रारूप में और किसी अन्य प्रारूपों में प्रकाशन शामिल है जो कि अब और भविष्य में बीएमजे या अन्य प्रकाशकों द्वारा उपयोग किया जा सकता है। यह लेख यूके और विदेशों में प्रकाशित पत्रिकाओं या अन्य प्रकाशनों के स्थानीय संस्करणों में प्रदर्शित हो सकता है।
- (8) मैं प्रकाशन से पहले किसी भी समय मेरी सहमति को रद्द कर सकता हूँ, लेकिन एक बार लेख के प्रकाशन के लिए प्रतिबद्ध होने पर ("प्रेस" में जाने के बाद) सहमति को रद्द करना संभव नहीं होगा।
- (9) इस सहमति फॉर्म को जब तक आवश्यकता हो कानून के अनुसार बीएमजे द्वारा सुरक्षित और गोपनीय रखा जाएगा।

कृपया निम्नलिखित की पुष्टि करने के लिए बॉक्स चिह्नित करें:

- मैं बीएमजे को मेरे संपर्क विवरणों को (ईईए (EEA) के बाहर सहित) मुझसे संपर्क करने के एकमात्र उद्देश्य के लिए भंडारित करने के लिए सहमत हूँ, यदि भविष्य में आवश्यक हो।
- जहां यह सहमति बीएमजे मामले रिपोर्ट में एक लेख से संबंधित है, मेरे/रोगी के पास लेख पर टिप्पणी करने का मौका था और मैं संतुष्ट हूँ कि टिप्पणी, यदि कोई हो, तो लेख में प्रतिबिंबित हो गई है।

हस्ताक्षरित: \_\_\_\_\_ नाम लिखें: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_ ई-मेल एड्रेस: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ टेलीफोन नंबर: \_\_\_\_\_

अगर रोगी की ओर से हस्ताक्षर कर रहे हैं, तो कृपया कारण दें कि रोगी स्वयं के लिए सहमति क्यों नहीं दे सकता (जैसे कि रोगी 18 साल से कम आयु में बीमार है या संज्ञानात्मक या बौद्धिक रूप से दुर्बल है)।

\_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

- अगर आप किसी परिवार या दूसरे समूह के लिए हस्ताक्षर कर रहे हैं, तो कृपया बॉक्स को चिह्नित करके पुष्टि करें कि परिवार या समूह के सभी प्रासंगिक सदस्यों को सूचित किया गया है।

**यदि रोगी 7 वर्ष या उससे अधिक आयु का बच्चा है, तो उसे उसकी सहमति की पुष्टि भी करनी होगी:**

हस्ताक्षरित: \_\_\_\_\_ नाम लिखें: \_\_\_\_\_

जन्मतिथि: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

**उस व्यक्ति का विवरण जिसने रोगी या उसके प्रतिनिधि (जैसे अनुरूप लेखक या अन्य व्यक्ति जो सहमति प्राप्त करने का अधिकार है) को फार्म समझाया और दिया है।**

हस्ताक्षरित: \_\_\_\_\_ नाम लिखें: \_\_\_\_\_

पद: \_\_\_\_\_ पता: \_\_\_\_\_

संस्थान: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ई-मेल एड्रेस: \_\_\_\_\_ टेलीफोन नंबर: \_\_\_\_\_

तारीख: \_\_\_\_\_