ANNEX 1

INFORMATION SHEET

I am Dr Chandana Jayasundara attached to the Department of Obstetrics and Gynaecology of the Faculty of Medicine of the University of Colombo. My current designation is Senior Consultant in Obstetrics and Gynaecology and trainer of the PostGraduate of Medicine, University of Colombo. Hereby I am inviting you to take part in the research project titled **Personal Health Record Implementation (PHR) - A descriptive study on the feasibility and implementation of a computer based PHR in Sri Lanka** conducted by Doctors Chandana Jayasundara, Ananda Perera, Prof Jennnifer Perera, [INSERT YOUR NAMES].The purpose of this research project is to assess the feasibility of implementing an electronic personal health record for Sri Lankan patients.

Your participation in this study is fully voluntary. You are free not to participate at all or to withdraw from the study at any time despite initial consent. By doing so you will not lose any medical care/treatments or lose any privileges to which you are otherwise entitled. If you decide not to participate or withdraw from the study you can do that at any stage of the study without you having to give any explanations for doing so.

You are recruited into this study by virtue of the fact that you responded to the awareness creation program through the print and social media.

By consenting to be a participant in this study you will be subjected to extra interviewing over and above that required for your routine medical care, your personal details will be stored electronically in cloud based computer systems and this study continues approximately for 1 year. You may receive SMS messages, alerts regarding appointments and drug refills if they are suggested by me when you were in the ward.

By participating in this study you may obtain the following benefits : documentation of all your encounters with the ward staff, reminders for follow ups, reminders for laboratory tests if ordered, reminders for any referrals if ordered, reminders for drugs refills, medicine reconciliation (you will get a list of all the drugs you are currently taking to be shown to any other doctor whom you may consult

By participating in this study you will not be subjected to any medical or surgical risks or hazards. The only risk for you is regarding the privacy and confidentiality of your personal data. As the principal investigator of the study I have taken all the necessary precautions for the security of your personal data. We followed the international guidelines on the security for personal health information, ministry of health security guidelines for personal health information, use of information and communication technology infrastructure which is always updated with security patches automatically, and also industry standard cyber security levels and documentation of our security policy at the technology office of the company in Colombo located at the no 12 Ridgeway Place, Bambalapitiya Colombo 4.

You will not receive any payments for your participation in this project.

We guarantee the confidentiality of all study records. Only anonymous data will be published and no information though which you may identified will be released. Published data will never contain any information traceable to you without your express permission. Data without identification information may be shared with other researchers as some journals expect the authors to make their data available to other researchers.

You may withdraw your consent to participate in this study at any time with no penalty or effect on medical care or loss of benefits. Please notify me as soon as you decide to withdraw your consent.

If you have any questions to ask about conduct of the study or need any clarification please contact any of the following members of the investigation team :

Dr Chandana Jayasundara : 0773 753 151

Dr Ananda Perera : 0764 641 031

තොරතුරු පත්‍රිකාව

මම ජාතික දන්ත සේවා ආයතනයේ සේවයේ නියුතු වෛද්‍ය ගාමිණී නවරත්න වෙමි. මගේ වර්තමාන කාර්යභාරය වන්නේ ජාතික දන්ත සේවා ආයතනයේ ඔරල් මැක්සිලෝ ෆෙෂල් ශල්‍යකර්ම A ඒකකයේ ජෙෂ්ඨ වෛද්‍ය උපදේශක තනතුර දැරීමත් සහ කොළොඹ විශ්ව විද්‍යාලයයේ පශ්චාර්ත් උපාධි ආයතනයේ උපදේශක වරයෙකු ලෙස කටයුතු කිරීමත්ය. "ශ්‍රී ලංකේය ආරෝග්‍ය ශාලාවලට විද්‍යුත් ඇඳ ඉහ පතක් නිර්මාණය කිරීම සහ එය කොළොඹ ජාතික දන්ත සේවා ආයතනයේ පාවිචියට ගැනීමේ ප්‍රායෝගිකත්වය පිලිබඳ අධ්‍යයනය" නමැති පර්යේෂණයක් සඳහා සහභාගි වීමට මම ඔබට ආරාධනා කරමි. මෙම අධ්‍යයනය කරනු ලබන්නේ මා ඇතුළු වෛද්‍ය චන්දන ජයසුන්දර, වෛද්‍ය ආනන්ද පෙරේරා සහ මහාචාර්ය වෛද්‍ය ජෙනිෆ පෙරේරා යන අය විසිනි. මෙම පර්යෙෂණයේ අරමුණ වන්නේ මගේ වාට්ටුවේ විද්යුත් ඇඳ ඉහ පතක් පාවිචිකිරී මේ හැ කියාව ගැන විමසීමයි.

මෙම පර්යේෂණයට ඔබේ සහබාගිත්වය ඔබේ පුර්ණ මනාපය මතම පමණක් විය යුතු වේ, මෙයට සහබාගිනොවීමට හෝ මුලට මනාපය දක්වා පසුව ඔබේ මනාපය ඉල්ලා අස්කර ගැ නී මට පවා ඔබට පුර්ණ නිදහස ඇත. මෙනිසා ඔබට කිසිම වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර හෝ සේවා අහිමිවීමක් සිදු නොවන අතර ඔබට හිමි කිසිම වරප්‍ර සාදයක් වත් අහිමි නොවනු ඇ ත. ඔබ සහබාගි නොවීමට තීරණය කලොත් හෝ අතරතුරේ ඔබේ මනාපය අස්කර ගන්නේ නම් පර්යේෂණයේ ඕනෑම අවධිය කදී කිසිම හෙතුවක් නොදක්වා ඔබට එය කල හැක

මෙම පර්යේෂණයට ඔබේ මනාපය නිසාවෙන් ඔබේ සාමාන්‍ය වෛද්‍ය උපදේශනයට වඩා වැඩි විමසීමකට සහ ඒවෙනුවෙන් වැ ඩි කාලයක් මිඩංගු කිරීමටත් ඔබට සිදුවනු ඇත. ඔබේ පෞද්ගලික තොරතුරු ගගන ගත පරිගණක පද්දති තුල ගබඩා කෙරෙන අතර මෙම පර්යේෂණය වසරක් පුරාවට කෙරෙනු ඇ ත, ඔබට SMS කෙටි පණිවිඩ, වෛද්‍ය හමුවීම් මතක සටහන්, ඖෂද මතක අවදිකිරීම් යනාදී ම විසින් අනුමත විවධ අනකර විද්‍යුත් තාක්ෂනයෙන් ඔබ වෙත ලැ බෙනු ඇ ත.

මෙම අධ්‍යයනයට සහභාගීවීමෙන් ඔබට මෙම ප්‍රතිලාභ ලැ බෙනු ඇත : වාට්ටුවේ සියලුම වෛද්‍ය උපදේශන වල පිටපත්, මතක අවදි කිරීම්, පශ්චාත් වෛද්‍ය හමුවීම් සඳහා දින වකවානු මතක් කිරීම්, ඖෂද ගැනීම් මතක පණිවිඩ, රසායනාගාර වාර්තා මතක පණිවිඩ, වෙනත් වෛද්‍ය විශේෂඤ යොමුවන් මනක පනිවුඩ, ඔබේ ඖෂද ලැයිස්තු.

මෙම අධ්‍යයනයට සහභාගීවීන් ඔබට කිසිම වෛද්‍යයම හෝ ශල්‍යකර්ම පිලිබඳ අනතුරක් හෝ අවදානමක් ඇති නොවේ. ඔබට තිබෙන එකම අවදානම ඔබේ පෞද්ගලික තොරතුරු හා බැඳී අනාවරණයේ සහ රහස්‍යබාවේ අවදානම් පමණි. මෙම අධ්‍යයනයේ ප්‍රධාන පර්යේෂක ලෙස මා ඔබේ පෞද්ගලික තොරතුරු සම්බන්දයෙන් ගත හැ කි පහත දක්වා ඇති උපරිම ආරක්ෂක පියවරන් අරගෙන ඇ ත :

පෞද්ගලික තොරතුරු සඳහා සියලුම අන්තර්ජාතික සම්මුති සහ උපදෙස්,

පෞද්ගලික තොරතුරු සම්බන්දයෙන් සෙෘඛ්‍ය අමාත්‍යන්ශයෙන් නිර්දේශිත උපදෙස් සහ වාර්තා,

නිරතුරු යාවත්කාලින කෙරෙන ආරක්‍ෂිත උපාංග සහිත තොරතුරු සහ සන්නිවේදන තාක්ෂන යටිතල පහසුකම්,

සයිබර් අවකාශයේ ඉහලම මට්ටමේ තාක්ෂණ උපයෝග,

 කොළොඹ, බම්බලපිටියේ, රිජ්වේ පෙදෙසේ නොම්මර 12 පිහිටි අපේ අධ්‍යයනයට අදාල සියලුම තාක්ෂණ මෙහෙයුම් මධ්‍යස්ථානයේ තබා ඇති ආරක්ෂක ප්‍රතිපත්ති ප්‍රකාශය.

මෙම පර්යේෂණයට උර දීම වෙනුවෙන් ඔබට කිසිම ගෙවීමක් නොකරනු ඇත.

සියලුම පර්යේෂන වාර්තා සහ රෝගීන්ගේ දත්තවල රහස්‍යබව රැකීමට අපි වග වෙමු. ප්‍රසිධියට පත් කරනු ලබන්නේ නිර්නාමික කල දත්ත පමණි. ඔබව හඳුනාගත හැ කිවන කිසිම දත්තයක් මුදා හරිනු නොලැ බේ. මුද්‍රණයට දෙන්නාවූ කිසිම දත්තයක ඔබව සොයාගත හැ කිවන ආකාරයේ කිසිම තොරතුරක් ඔබේ නොවක් අනුමැතිය නොමැතිව කිසිවිටක කිසිවෙකුට නොදෙනු ඇත. සමහර සඟරාවල කතුවරු වරුන්ගේ අපේක්ෂාව නිසා නිර්නාමික පර්යේෂණ දත්ත වෙනත් පර්යේෂකයින් සමගින් හුවමාරු විය හැ කි බව අපි ඔබට දන්වමු.

ඔබට ඕනෑ ම විටකදී කිසිදු දඬුවමකට යටත් නොවී, ඔබේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර වල ට කිසිම බලපෑමක් නොමැතිව, ඔබට හිමි පහසුකම් වල කිසිම අඩුවක් නොමැතිව ඔබේ පර්යේෂණ මනාපය ඉල්ලා අස්කර ගත හැ ක. ඔබට පර්යේෂණයෙන් ඉවත් වීමට අවශ්‍ය වුවහොත් නොපමාව මා දැනුවත් කරන්න.

මෙම අධ්‍යයනයේ කිසියම්ම ප්‍රශ්නයක් සම්බන්දයෙන් හෝ ඔබට යම් පැහැ දිලි කරගැනීමක් හෝ අවශ්‍ය වූ විට කරුණාකර පහත ඕනෑ ම පර්යේෂකයින්ගෙ න් කෙනෙකු අමතන්න :

වෛද්‍ය ගාමිණී නවරත්න : 0777 383 820

වෛද්‍ය චන්දන ජයසුන්දර : 0773 753 151

මහාචාර්ය ජෙනිෆ පෙරේරා : 0776 096 002

වෛද්‍ය ආනන්ද පෙරේරා : 0764 641 031

இணைப்பு 1

தகவல் தாள்

நான் வைத்தியர். காமினி நவரத்ன. தேசிய பல் மருத்துவ நிறுவனத்தில் சேவை புரிகிறேன். எனது தற்போதய பதவியானது, வாய்வழி மற்றும் மாக்ஸிலோ பேஷியல் சத்திர சிகிச்சை A பிரிவின் சிரேஷ்ட ஆலோசகர் மற்றும் கொழும்பு பல்கலைக்கழகத்தின் முதுகலை மருத்துவ பட்டதாரிகளின் பயிற்றுவிப்பாளரும் ஆகும். கொழும்பிலுள்ள பல் மருத்துவ நிறுவனத்தில் இலத்திரனியல் படுக்கை தலைச்சீட்டு (eBHT) திட்டத்தை அமுல்படுத்துவதற்கான சாத்தியக்கூற்றை கற்பதற்காக "இலங்கை மருத்துவமனைகளுக்கான இலத்திரனியல் படுக்கை தலைச்சீட்டு (eBHT)" என்னும் தலைப்பிலான ஆராய்ச்சியில் - நீங்களும் பங்குகொள்ள நான் இத்தால் உங்களுக்கு அழைப்பு விடுக்கிறேன். இவ் ஆய்வினை இலங்கையின், கொழும்பு வார்ட் பிளேஸ் இல் உள்ள பல் மருத்துவ நிறுவன A பிரிவை சேர்ந்த வைத்தியர் காமினி நவரத்ன, சந்தன ஜயசுந்தர, ஆனந்த பெரேரா, மற்றும் பேராசிரியர் ஜென்னிபர் பெரேரா என்போர் மேற்கொள்கின்றனர். இவ் ஆய்வின் நோக்கமானது இலத்திரனியல் படுக்கை தலைச்சீட்டு முறைமையை எனது வார்டில் அமுல்படுத்துவதற்கான சாத்திய கூறு உள்ளதா என்பதை மதிப்பிடுவதாகும்.

இந்த ஆய்வில் உங்கள் பங்குபற்றுதலானது முற்றிலும் தன்னார்வமானது. இவ் ஆய்விற்கு முற்றிலும் பங்கு பெறாமல் இருப்பது அல்லது நீங்கள் விரும்பும் எந்த சந்தர்ப்பத்திலும் ஆய்விலிருந்து வெளியேறுதல் என்பன குறித்து தீர்மானமெடுத்தலில் உங்களுக்கு முழு சுதந்திரம் உண்டு. அப்படி செய்வதால் உங்களுக்கான மருத்துவ பராமரிப்பு/ சிகிச்சைகள் அல்லது உங்களுக்கு உரித்தான எந்தவொரு விசேட சலுகைகளும் இழக்கவோ நிறுத்தவோ பட மாட்டாது. ஆய்வில் பங்கு பெறாமல் விடுதல் அல்லது ஆய்விலிருந்து இடை நிறுத்தி கொள்ள நீங்கள் விரும்பும் எந்த ஒரு சந்தர்ப்பத்திலும் தீர்மானமெடுக்க முடியும். அதற்கென எந்தவொரு விளக்கமும் வழங்கப்பட வேண்டிய அவசியம் இல்லை.

நீங்கள் எனது பிரிவில் சிகிச்சை பெற்று வருகின்ற காரணத்தினாலேயே நீங்கள் இந்த ஆய்விற்கு உட்படுத்தப்பட்டீர்கள்.

இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதாக ஒப்புக் கொள்வதன் மூலம் உங்கள் வழக்கமான கவனிப்புக்கு தேவையான நேர்காணலுக்கு நீங்கள் உட்படுத்தப்படுவீர்கள். உங்களின் தனிப்பட்ட விபரங்கள் கிளவுட் அடிப்படையிலான கணினி அமைப்புகளில் மின்னணு முறைமையில் சேகரிக்கப்படும். மேலும் இந்த ஆய்வு கிட்டத்தட்ட 1 வருட காலம் தொடரும். நீங்கள் வார்டில் இருந்தபோது நான் ஏதேனும் பரிந்துரைகள் செய்திருப்பின் அதற்கான குறுஞ் செய்திகள், சந்திப்புகள் மற்றும் மருந்து மீள் நிரப்பல் தொடர்பான விழிப்பூட்டல்களை நீங்கள் பெற்று கொள்வீர்கள்.

இந்த ஆய்வில் பங்கு பற்றுவதால் உங்களுக்கு கீழ்காணும் பலன்கள் கிடைக்கும்: வார்டில் உள்ள உத்தியோகத்தர்களுடனான ஆவணங்கள், பின் தொடர்வதற்கான நினைவூட்டல்கள், உங்கள் உத்தரவுக்கிணங்க பரிசோதனை கூட ஆய்வுகள், உங்கள் உத்தரவுக்கிணங்க மருந்து பரிந்துரைப்புகளுக்கான நினைவூட்டல்கள், மருந்து மீள் நிரப்பல்களுக்கான நினைவூட்டல்கள் (நீங்கள் கலந்தாலோசிக்கும் எந்த ஒரு மருத்துவருக்கும் நீங்கள் தற்போது உட்கொள்ளும்/ தொடரும் மருந்து வகைகளின் பட்டியலைகளை காண்பித்தல்

இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதால் நீங்கள் எந்தவொரு மருத்துவ, அறுவை சிகிச்சை அபாயங்கள் அல்லது ஆபத்துகளுக்கு உட்படுத்தப்பட மாட்டீர்கள். உங்களுக்கான ஒரே ஆபத்து உங்களின் தனிப்பட்ட மற்றும் இரகசிய தரவுகள் ஆகும். ஆய்வின் முதன்மை ஆய்வாளர் என்ற வகையில் உங்களின் அனைத்து தனிப்பட்ட, இரகசிய தகவல்களை பாதுகாக்க தேவையான அணைத்து முன்னெச்சரிக்கை நடவடிக்கைகளையும் நான் எடுத்துள்ளேன். தனிநபர் சுகாதார தகவலுக்கான சர்வதேச பாதுகாப்பு வழிகாட்டுதல்கள், சுகாதார பாதுகாப்பு அமைச்சகத்தின் தனிநபர் சுகாதார தகவலுக்கான வழிகாட்டல்கள் என்பவற்றை எப்போதும் பின்பற்றுவதுடன் எப்போதும் தானாக புதுப்பிக்கப்படும் தகவல் மற்றும் தொடர்பாடல் தொழிநுட்ப கட்டமைப்பு பாவனை, மற்றும் கொழும்பு 4 பம்பலபிட்டிய,ரிட்ஜ்வே பிளேஸிலுள்ள தொழிநுட்ப அலுவலகத்தின் தொழில் தரத்திலான இணைய பாதுகாப்பு நிலைகள் மற்றும் பாதுகாப்பு கொள்கையின் ஆவணப்படுத்தல் என்பவற்றை எப்போதும் உறுதி செய்கிறோம்.

இந்த ஆய்வில் பங்குபெறுவதால் நீங்கள் எந்த ஒரு கொடுப்பனவையும் பெற மாட்டீர்கள்.

அனைத்து ஆய்வு பதிவுகளின் இரகசியத்தன்மைக்கு நாங்கள் உத்தரவாதம் அளிக்கிறோம். அனாமதேய தரவு மட்டுமே வெளியிடப்படுவதுடன் உங்களை அடையாளம் காணக்கூடிய எந்தவொரு தகவலும் வெளியிடப்படமாட்டாது. வெளியிடப்படும் தகவல்களில் உங்களை இனங்காணக்கூடிய எந்தவொரு விடயமும் உங்களின் அனுமதியின்றி வெளியிடப்படமாட்டாது. சில பத்திரிகைகள் ஆய்வு தகவல்கள் ஏனையோருக்கும் கிடைக்க வேண்டும் என கருதுவதால் அடையாளம் காணக்கூடிய தகவலன்றி ஏனைய தகவல்கள் ஏனைய ஆய்வாளர்களுடன் பகிரப்படும்.

நீங்கள் விரும்பும் எந்தவொரு சந்தர்ப்பத்திலும் நீங்கள் இந்த ஆய்விலிருந்து வெளியேறலாம்.அதற்காக எந்தவொரு தண்டப்பணமோ, மருத்துவ சிகிச்சைகளில் இழப்போ அல்லது எந்தவொரு பாதிப்புமோ ஏற்படாது. நீங்கள் இடைநிறுத்த விரும்பும் சந்தர்ப்பத்தில் உடனடியாக எனக்கு தெரியப்படுத்துங்கள்.

உங்களுக்கு இந்த ஆய்வு குறித்து ஏதேனும் கேள்வி அல்லது விளக்கம் தேவைப்படின் கீழ்காணும் ஏதேனும் ஒரு அங்கத்துவ மருத்துவருடன் தொடர்பு கொள்ளலாம்;

வைத்தியர். காமினி நவரத்ன - 0777383820

வைத்தியர். சந்தன ஜயசுந்தர - 0773753151

பேராசிரியர். ஜெனிபர் பெரேரா - 0776096002

வைத்தியர். ஆனந்த பெரேரா - 0764641031

CONSENT FORM

**An electronic bed head ticket (eBHT) for Sri Lankan hospitals – a study to assess feasibility of implementation at the Dental Institute, Colombo**

**Version No :**

**Date :**

1. Did you read the information sheet ? Yes / No
2. Were you able to discuss about the study and clarify doubts ? Yes / No
3. Did you have satisfactory answers to your questions ? Yes / No
4. Are you satisfied with the information you received ? Yes / No
5. Who explained the details of the study to you ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Are you aware that you can withdraw from the study at anytime without giving reasons and without affecting your future medical care ? Yes / No
7. Your medical and personal information relating to your participation in this study may be available to all individuals involved in the study. However all personal details will be treated as strictly confidential. Do you give your permission for all individuals involved in this study to have access to your records ? Yes / No
8. Have you had sufficient time to come to your decision ? Yes / No
9. Do you agree to take part in this study ? Yes / No

Patient’s Signature ------------------------ Date -----------------------------

Name (BLOCK CAPITALS) --------------------------------------------------

To be completed by the investigator/person taking the consent

I have explained the study to the above volunteer and he/she has indicated his/her willingness to take part.

Investigator Signature --------------------- Date ----------------------------

Name (BLOCK CAPITALS) ------------------------------------------------

කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ පෝර්මය

An electronic bed head ticket (eBHT) for Sri Lankan hospitals – a study to assess feasibility of implementation at the Dental Institute, Colombo

Version No :

දිනය :

1. තොරතුරු පත්‍රිකාව ඔබ කියවුවද ? ඔවු / නැ ත

2. ඔබට අධ්‍යයනය පිලිබඳ සාකච්චා කිරීමට සහ නොතේරෙන දේ පැ හැ දිලි කරගැ නීමට හැ කි වුයේ ද ? ඔවු / නැ ත

3. ඔබේ ප්‍රශ්නවලට තෘප්තිමත් පිළිතුරු ලැබුනේද ? ඔවු / නැ ත

4. ඔබට ලැබුන තොරතුරු ගැන ඔබ සෑහීමකට පත් වුයේද ? ඔවු / නැ ත

5. ඔබට අධ්‍යයනය පිලිබඳ විස්තර දුන්නේ කවුරුන්ද - නම - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. මෙම අධ්‍යයනයෙන් ඕනෑම විටකදී හේතු ඉදිරිපත් නොකර ඉවත්විය හැකි බව ත්, ඔබේ ඉදිරි වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර වලට එය බල නොපාන බවත් ඔබ දන්නේද ? ඔවු / නැ ත

7. මෙම අධ්‍යයනයට අදාළ ඔබේ වෛද්‍ය සහ පෞද්ගලික තොරතුරු මෙම පරීක්ෂණ කණ්ඩායමට දැ කීමට හැ කිවේ. එහෙත් සියලුම තොරතුරුවල අති රහස්‍ය බව රැකෙනු ඇත. මෙම පරීක්ෂණ කණ්ඩායමේ සියලු දෙනාටම ඔබේ තොරතුරු පරිශීලනය කිරීමට ඔබ අවසර දෙන්නේද ? ඔවු / නැ ත

8. මෙම පරීක්ෂණය සඳහා ඔබේ මනාපය සලකා බැ ලීමට ඔබට ප්‍රමාණවත් කාලයක් ලැ බුනේද ? ඔවු / නැ ත

9. මෙම අධ්‍යයනයට එකතු වීමට ඔබ කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරන්නේද ? ඔවු / නැ ත

රෝගියාගේ අත්සන \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ දිනය \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

නම - පැහැදිලි ලොකු අකුරින් \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ප්‍රධාන පරීක්ෂක හෝ කැ මැ ත ගන්නා ගේ ප්‍රකාශය :

ඉහත අත්සන යෙදු අයට මම මෙම අධ්‍යයනය විස්තර කර දුන්නෙමි. හෙතෙම මෙම අධ්‍යයනයට සහභාගී වීමට

කැමැති විය.

පරික්ෂක අත්සන \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ දිනය \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

නම - පැහැදිලි ලොකු අකුරින් \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

விருப்பத்தை வெளிப்படுத்தும் படிவம்

இலங்கை மருத்துவமனைகளுக்கான இலத்திரனியல் படுக்கை தலைச்சீட்டு (eBHT) - கொழும்பு பல் மருத்துவ நிறுவனத்தில் அமுல்படுத்துவற்கான சாத்தியக்கூற்றை மதிப்பிடுவதற்கான ஆய்வு.

பதிப்பு இலக்கம்:

திகதி:

1. நீங்கள் தகவல் தாளினை வாசித்தீர்களா? ஆம்/இல்லை

2. ஆய்வு குறித்த உங்களின் சந்தேகத்தை தீர்த்துக்கொள்ள கலந்துரையாட முடிந்ததா? ஆம்/இல்லை

3. உங்களின் கேள்விகளுக்கு திருப்தியான பதில் கிடைத்ததா? ஆம்/இல்லை

4. நீங்கள் பெற்றுக்கொண்ட தகவல்கள் குறித்து திருப்தி அடைந்தீர்களா? ஆம் / இல்லை

5. இந்த ஆய்வு குறித்த தகவல்களை உங்களுக்கு விளக்கப்படுத்தியது யார்? ......................................

6. இந்த ஆய்வில் இருந்து வெளியேறுவற்கு எந்த ஒரு விளக்க காரணம் கொடுக்க தேவையில்லை எனவும் அது உங்களின் எதிர்கால மருத்துவ பராமரிப்புக்கு எந்தவொரு தாக்கமும் ஏற்படுத்தாது என்பது குறித்தும் நீங்கள் அறிவீர்களா? ஆம்/ இல்லை

7. உங்களின் தனிப்பட்ட மற்றும் மருத்துவ தகவல்கள் இவ் ஆய்வில் ஈடுபடும் அனைவருக்கும் கிடைக்கும். எனினும் உங்களின் அனைத்து தனிப்பட்ட தகவல்களும் கண்டிப்பாக இரகசியமாக பேணப்படும். உங்களின் தகவல்களை இவ் ஆய்வில் ஈடுபடும் அனைத்து நபர்களுக்கும் கிடைக்க உங்களின் அனுமதியை வழங்குகிறீர்களா? ஆம்/இல்லை

8. உங்களுக்கு உங்கள் முடிவை எடுக்க போதியளவு நேரம் கொடுக்கப்பட்டதா? ஆம்/இல்லை

9. நீங்கள் இந்த ஆய்வில் பங்குபெற விரும்புகிறீர்களா? ஆம்/இல்லை

நோயாளியின் கையொப்பம் ....................................... திகதி ....................................

பெயர் (ஆங்கில கேப்பிடல் எழுத்துக்களில்) ......................................................

ஒப்புதல் பெறுபவர் அல்லது ஆய்வாளரால் நிரப்பப்பட வேண்டும்.

இந்த ஆய்வு குறித்து நான் மேற்குறித்த தன்னார்வாளருக்கு விளக்கமளித்ததுடன் அவர் இந்த ஆய்வில் பங்கு பெற அவரது விருப்பத்தை தெரியப்படுத்தினர்.

ஆய்வாளரின் கையொப்பம் ................................................. திகதி .................................

பெயர் (ஆங்கில கேப்பிடல் எழுத்துக்களில்) ......................................................