

From:

DR. _____,
____ Year, _____ Post Graduate,
Kilpauk Medical College,
Chennai 600003.

To:

THE CHAIRMAN,
Institutional Ethics Committee (IEC),
Kilpauk Medical College,
Chennai – 600003.

Through Proper Channel

Sub: Request for approval from the Institutional Ethics Committee to conduct a study

Titled “ _____

_____” at Kilpauk

Medical College & Government General Hospital, Chennai.

Respected Sir/ Madam,

As I have proposed to conduct a study titled “ _____

_____” at Kilpauk Medical College & Government General Hospital, Chennai. I request for an approval from the Institutional Ethics Committee (IEC). I am herewith enclosing the details of the project work.

I submit the following undertaking:

Page 2

- . • I will start the study after obtaining approval of the Institutional Ethics Committee (IEC)
- . • I will get informed consent from the patients and maintain confidentiality of the details.
- . • I will carry out the work without detrimental to regular activities as well as without extra expenditure to the Institution or the Government.
- . • I will inform the committee in the occurrence of any change in the study procedure, site, investigation or guide.
- . • I will not deviate from the area of work for which I have applied for ethical clearance.
- . • I will inform the Institutional Ethics Committee immediately, in the occurrence of any adverse events or serious adverse reactions.
- . • I will abide by the rules and regulations of the institution.
- . • I will complete the work within the specified period I have applied for and if any extension of time is required, I shall apply for permission again and continue the work.
- . • I will submit the summary / report of the study / project to the Institutional Ethics Committee (IEC) on completion.
- . • I will not claim funds from the institution while doing the work or on completion.
- . • I understand that the members of the Institutional Ethics Committee (IEC) have the right to monitor the study / project without prior intimation.
- . • I have paid a sum of Rs. 100 towards processing fee.

Thanking You, Yours Obediently, Signature:

Name (DR. _____) Date :

Place : Chennai – 3. Forwarded by:

Page 3

GUIDE:

DR. _____,

Kilpauk Medical College,
Chennai – 3.

COGIUDE : **DR.** _____,
(If any) _____,
 _____,

Kilpauk Medical College,
Chennai – 3.

RECOMMENDATION OF THE HOD

The dissertation / study titled “ _____
_____ ” by Dr. _____ at Kilpauk Medical
College / Government General Hospital will be done according to the regulations of the Institutional
Ethics Committee and I recommend it for acceptance.

DR. _____,

_____,
_____, Kilpauk
Medical College, Chennai – 3.

Date:

Page 5

REMARKS OF THE GUIDE

This work undertaken / to be done by Dr. _____, titled “ _____

_____” at Kilpauk Medical College &
Government General Hospital, will be under my supervision and I ensure that the candidate
will abide by the rules of the Institutional Ethics Committee.

DR. _____,
_____,
_____, Kilpauk
Medical College and

Date:

**DETAILS OF THE PROJECT TO BE SUBMITTED BY THE
INDIVIDUAL DESIROUS FOR CLEARANCE FROM
INSTITUTIONAL ETHICS COMMITTEE SYNOPSIS /
SUMMARY**

(This is only a guideline – Relevant changes to be made as per the study requirements)

Title	
Aims and Objectives If Objective(s) Primary Objectives (s) Secondary Objective(s)	
Study Centre	
Duration of the Study	
Study Design	
Methodology (Material & Methods)	

Inclusion Criteria	
Exclusion Criteria	
Sample Size	
Product / Procedure / Investigation Details	

Data Collection and Methods	
Analysis Plan	
Sponsorship (Yes/ No) If Yes details	
Conflict of Interest	
Principle Investigator	Dr. _____, Year _____, Postgraduate student / Asst Prof. / Tutor , Kilpauk Medical College and Government General Hospital, Chennai – 3.
CoGuide / Coordinator	Dr. _____, _____

	_____, Kilpauk Medical College, Chennai – 3.
Supervisor and Guide	Dr. _____, _____, _____, Kilpauk Medical College, Chennai – 3.

PROTOCOL (DETAILED DESCRIPTION) 1) Title :

Principle Investigator Name: Designation: Address:

Guide Name: Designation: Address:

CoGuide (s) :

2) OBJECTIVE (S) / AIM

Primary Objective:

Secondary Objective:

3) INTRODUCTION: (Including risks and benefits of the study, Procedures / Device , why are you doing , what will you be doing , how it will done , why / what / when / how it will be done)

4) METHODOLOGY (MATERIALS & METHODS)

Subject Selection:

Inclusion Criteria:

Exclusion Criteria: Screening Procedures / Visits:

Follow up Procedures / Visits:

Assessments of Parameters:

5) RESULTS Statistical Analysis Plan:

6) APPENDIX Reference:

Questionnaire (if applicable) :

INFORMATION SHEET

- Your specimen has been accepted.
- We are conducting a study on thyroid tumours among patients attending Government General Hospital, Chennai and for that your specimen may be valuable to us.
- The purpose of this study is to diagnose certain cases of thyroid neoplasms easily with the help of certain special tests.
- We are selecting certain cases and if your specimen is found eligible, we may be using your specimen to perform extra tests and special studies which in any way do not affect your final report

or management.

. • The privacy of the patients in the research will be maintained throughout the study. In the event of any publication or presentation resulting from the research, no personally identifiable information will be shared.

. • Taking part in this study is voluntary. You are free to decide whether to participate in this study or to withdraw at any time; your decision will not result in any loss of benefits to which you are otherwise entitled.

. • The results of the special study may be intimated to you at the end of the study period or during the study if anything is found abnormal which may aid in the management or treatment.

Signature of investigator

Signature of participant

Date:

This document was created by
Smart PDF Creator
To remove this message purchase the
product at www.SmartPDFCreator.com

ஆராய்ச்சி தகவல் தாள்

தங்களது தைராய்டு சதை / உறுப்பு இங்கு பெற்றுக் கொள்ளப்பட்டது.

சென்னை அரசு பொது மருத்துவமனைக்கு வரும் நோயாளிகளிடம் இருக்கும் தைராய்டு கட்டிகளைப் பற்றிய ஒரு ஆராய்ச்சி இங்கு நடைபெற்று வருகின்றது.

தைராய்டு கட்டிகளிலேயே பர்பல வகைகள் உண்டு. அதில் தைராய்டு புற்றுநோய்க் கட்டிகளை சில சிறப்புப் பரிசோதனைகளின் மூலம் எளிதில் கண்டுபிடித்து ஆராய முடியும் என்பதே இந்த ஆராய்ச்சியின் நோக்கமாகும்.

நீங்களும் இந்த ஆராய்ச்சியில் பங்கேற்க நாங்கள் விரும்புகிறோம். இந்த ஆராய்ச்சியில் உங்களுடைய திகக்களை எடுத்து சில சிறப்புப் பரிசோதனைக்கு உட்படுத்தி அதன் தகவல்களை ஆராய்வோம். அதனால் தங்களது நோயின் ஆய்வறிக்கையோ அல்லது சிகிச்சையோ பாதிப்புக்கு ஏற்படாது என்பதையும் தெரிவித்துக்கொள்கிறோம்.

முடிவுகளை அல்லது கருத்துக்களை வெளியிடும் போதோ அல்லது ஆராய்ச்சியின் போதோ தங்களது பெயரையோ அல்லது அடையாளங்களையோ வெளியிட மாட்டோம் என்பதையும் தெரிவித்துக்கொள்கிறோம்.

இந்த ஆராய்ச்சியில் பங்கேற்பது தங்களுடைய விருப்பத்தின் பேரில் தான் இருக்கிறது. மேலும் நீங்கள் எந்நேரமும் இந்த ஆராய்ச்சியிலிருந்து பின்வாங்கலாம் என்பதையும் தெரிவித்துக்கொள்கிறோம்.

இந்த சிறப்புப் பரிசோதனைகளின் முடிவுகளை ஆராய்ச்சியின் போது அல்லது ஆராய்ச்சியின் முடிவின் போது தங்களுக்கு அறிவிப்போம் என்பதையும் தெரிவித்துக்கொள்கிறோம்.

ஆராய்ச்சியாளர் கையொப்பம்

பங்கேற்பாளர் கையொப்பம்

தேதி :

ஆராய்ச்சி ஒப்புதல் கடிதம்

ஆராய்ச்சி தலைப்பு:

பெயர் : தேதி :

வயது : உள் நோயாளி எண் :

பால் : ஆராய்ச்சி சேர்க்கை எண் :

இந்த ஆராய்ச்சியின் விவரங்களும் அதன் நோக்கங்களும் முழுமையாக எனக்கு தெளிவாக விளக்கப்பட்டது.

எனக்கு விளக்கப்பட்ட விஷயங்களை நான் புரிந்து கொண்டு நான் எனது சம்மதத்தைத் தெரிவிக்கிறேன்.

எனக்கு திராய்டு சுரப்பியில் சதை பரிசோதனை செய்து கொள்ள சம்மதம்.

இந்த ஆராய்ச்சியில் பிறரின் நிர்ப்பந்தமின்றி என் சொந்த விருப்பத்தின் பேரில் தான் பங்கு பெறுகிறேன் மற்றும் நான் இந்த ஆராய்ச்சியிலிருந்து எந்நேரமும் பின்வாங்கலாம் என்பதையும் அதனால் எந்த பாதிப்பும் ஏற்படாது என்பதையும் தான் புரிந்து கொண்டேன்.

நான் திராய்டு நோய்கள் குறித்த இந்த ஆராய்ச்சியின் விவரங்களைக் கொண்ட தகவல் தாளைப் பெற்றுக் கொண்டேன்.

நான் என்னுடைய சுயநினைவுடன் மற்றும் முழு சுதந்திரத்துடன் இந்த மருத்துவ ஆராய்ச்சியில் என்னை சேர்த்துக் கொள்ள சம்மதிக்கிறேன்.

எனக்கு அறுவைச்சிகிச்சை செய்யப்பட்டு நோய்க்குறியியல் துறையில் சதைப் பரிசோதனைக்கு பயன்பட்ட மெழுகுக்கட்டிகளை வைத்து ஆராய்ச்சி மற்றும் சிறப்பும் பரிசோதனை செய்து கொள்ள சம்மதம் தெரிவிக்கிறேன்.

சதைப் பரிசோதனை செய்வதற்கு முன் வலி தெரியாமல் இருப்பதற்காக ஊசி (விக்னொசெபின் இஞ்செக்ஷன்) போடுவதற்கும் சம்மதிக்கிறேன். மேற்கண்ட ஊசி போடுவதற்கு முன் ஒவ்வாமை (அலெர்ஜி) பரிசோதிக்க, மேற்கண்ட ஊசியை தோலில் போட்டுக்கொள்ளவும் சம்மதிக்கிறேன்.

மேற்கண்ட ஊசியை போடும் போதே ஆல்து சதை பரிசோதனை செய்யும் போதே ஏதேனும் பின் விளைவுகள் (அரிப்பு, தோல் வீக்கம், மயக்கம், தலைச்சுற்றல், வாந்தி முதலியன) ஏற்படலாம் என மருத்துவர் மூலம் தெரிந்து கொண்டேன்.

கையொப்பம்

This document was created using
Smart PDF Creator

To remove this message purchase the
product at www.SmartPDFCreator.com