



## ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀ ସୂଚନା ପତ୍ର

**ଅଧ୍ୟୟନ ଶୀର୍ଷକ:**

ପୂର୍ବ ଭାରତରେ ପୋଷ୍ଟ- ଆଇ ସି ୟୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ସେବାର ନିର୍ମାଣ ଯୋଜନା, କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଓ ପ୍ରଦାନ ପ୍ରକ୍ରିୟାରେ ରୋଗୀ ଓ ସାଧାରଣ ଲୋକଙ୍କ ଅଂଶଗ୍ରହଣ

**ବିଭାଗ:**

ଆନେଲେସିଆ ଏବଂ ଗହନ ଚିକିତ୍ସା

ଏମ୍. ଭୁବନେଶ୍ୱର

**ପରିଚୟ**

ଆପଣଙ୍କୁ ଏକ ଗବେଷଣାରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ ପାଇଁ ଆମନ୍ତ୍ରିତ କରାଯାଇଛି। ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ କାହିଁକି ହେଉଛି ଓ ଏଥିରେ ଅଂଶ ନେବାର ଅର୍ଥ କଣ, ଏହି ବିଷୟରେ ଜଣିବା ଅତ୍ୟନ୍ତ ଆବଶ୍ୟକ। ଦୟାକରି ଏହି ସୂଚନାକୁ ସାବଧାନରେ ପଢନ୍ତୁ ଓ ଯଦି ଚାହାଁନ୍ତି ତେବେ ଅନ୍ୟ ଲୋକଙ୍କ ସହ ପରାମର୍ଶ କରନ୍ତୁ।

**ଅଧ୍ୟୟନର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ କଣ?**

ଆଇ ସି ୟୁ ରୁ ଡିସ୍ଚାର୍ଜ ହେଉଥିବା ଅନେକ ରୋଗୀ ଦୀର୍ଘ ସମୟ ଧରି ଶାରୀରିକ ଓ ମାନସିକ ସମସ୍ୟା ଭୋଗିଥାନ୍ତି। ଏହି ଅଧ୍ୟୟନର ଲକ୍ଷ୍ୟ ହେଉଛି ଆଇ ସି ୟୁ ରୋଗୀ ଓ ସାଧାରଣ ଲୋକଙ୍କୁ ଅଂଶୀଦାର କରି ଗବେଷଣା, ଡିଜାଇନ ଓ ପ୍ରଦାନ ପ୍ରକ୍ରିୟାକୁ ଉନ୍ନତ କରିବା।

**କାହିଁକି ଆପଣଙ୍କୁ ନିମନ୍ତ୍ରଣ ଦିଆଯାଇଛି ?**

- ଆପଣ ସମ୍ପୃକ୍ତ ଆଇ ସି ୟୁରୁ ସୁସ୍ଥ ହୋଇଥିବା ଜଣେ ବ୍ୟକ୍ତି, କିମ୍ବା ଆଇ ସି ୟୁ ରୋଗୀର ଯତ୍ନକରି, କିମ୍ବା ଏହି ବିଷୟରେ ସମାନ ଅନୁଭବ ଥିବା ଜଣେ ବ୍ୟକ୍ତି।
- ଆପଣଙ୍କର ଅନୁଭବ ଏବଂ ମତାମତ ରୋଗୀ ପରିଚର୍ଯ୍ୟାକୁ ଉନ୍ନତ କରିପାରିବ।

**ଆପଣଙ୍କୁ ଅଂଶ ନେବାକୁ ପଡିବ କି?**

ନାହିଁ। ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ଅଂଶ ନେବା ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଅଟେ। ଅଂଶ ନ ନେଲେ ଆପଣଙ୍କ ଚିକିତ୍ସା ଉପରେ କୌଣସି ପ୍ରଭାବ ପଡିବ ନାହିଁ। ଯଦି ଅଂଶ ନେବା ପରେ ମନ ବଦଳାନ୍ତି, ତେବେ ଯେକେବେଲେ ଚାହିଁଲେ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରୁ ଓହରି ଯାଇପାରିବେ।



**ଯଦି ଅଂଶ ନେବି, ତେବେ କଣ ହେବ?**

**ଯଦି ଆପଣ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ଚାହଁନ୍ତି, ତେବେ ଆପଣ**

- ଏକ ପି.ପି.ଆଇ.ଇ ଗ୍ରୁପରେ ଯୋଗଦେବେ ।
- ରୋଗୀ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ତଥ୍ୟ ଗୁଡ଼ିକ ଓ ଆପ୍ ଉପରେ ମତାମତ ଦେବେ ।
- ସର୍ବେକ୍ଷଣ କିମ୍ବା ଅନୁଷ୍ଠିତ ଆଲୋଚନାରେ ଅଂଶ ନେବେ ।
- ଆଇସିୟୁ ରୁ ବଞ୍ଚିଥିବା ରୋଗୀଙ୍କ ପାଇଁ ଭବିଷ୍ୟତରେ ଅନୁସରଣ ସେବାଗୁଡ଼ିକୁ ଗଢ଼ିବାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିପାରିବେ ।

**ଏଥିରୁ ଲାଭ କ’ଣ ହେବ?**

- ଆପଣଙ୍କର ଅନୁଭବ ଏବଂ ସୂଚନା ଆମକୁ ରୋଗୀ ପରିଚର୍ଯ୍ୟା ଉପରେ ବେଶି ଧ୍ୟାନ ଦେବାକୁ ସାହାଯ୍ୟ କରିବ ।
- ଅନ୍ୟ ଆଇ ସି ଯୁ ରୋଗୀ ଓ ସେମାନଙ୍କର ପରିବାର ପାଇଁ ଆପଣ ଉପକୃତିକାରୀ ହେବେ ।
- ଆପଣ ସ୍ୱୟଂ ଜଣେ ସଚେତନ ଏବଂ ଶକ୍ତିଶାଳୀ ଅଭିଭାଗୀ ଭାବେ ଅନୁଭବ କରିପାରିବେ ।

**କୌଣସି ବିପଦ ଅଛି କି?**

- ଆଇ ସି ଯୁ ଅନୁଭବକୁ ସ୍ମରଣ କରିବା ଦୁଃଖଦ ହେଇପାରେ ।
- ଆପଣ ଯଦି ଅସୁବିଧା ଅନୁଭବ କରନ୍ତି, ତେବେ କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନ ଉତ୍ତର ଦେବା କିମ୍ବା ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ମନା କରିପାରିବେ ।

**ମୋର ସୂଚନା ଗୋପନୀୟ ରହିବ କି?**

ହଁ ଆପଣଙ୍କ ସମସ୍ତ ସୂଚନା ଗୋପନ ଓ ସୁରକ୍ଷିତ ଭାବେ ରଖାଯିବ । ଆପଣଙ୍କ ଚିହ୍ନଟ କରିବା ପରି କୌଣସି ତଥ୍ୟ ଦିଆଯିବ ନାହିଁ । ଆପଣଙ୍କୁ କୌଣସି ପ୍ରକାଶନ କିମ୍ବା ରିପୋର୍ଟରେ ଚିହ୍ନଟ କରାଯିବ ନାହିଁ ।

**ଅଧିକତମ ଫଳାଫଳ କଣ ହେବ?**

ଫଳାଫଳ ପତ୍ରିକାରେ ପ୍ରକାଶିତ ହେବା ସହିତ ସାଧାରଣ ଭାଷାରେ ସାରାଂଶ ଦିଆଯିବ । ଆପଣ ଚାହିଲେ ସେଥିରେ ଏକ ନକଲ୍ ମିଳିପାରିବ ।



## ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ କେଉଁଠୁ ଚାଲିଛି?

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନଟି ଏକ ତତ୍ତ୍ୱରେ ଡିଗ୍ରିର ଅଂଶ ଭାବରେ ଶ୍ରୀ ଶୁଭାଶିଷ ନାୟକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ନିଷ୍ପାଦିତ ହେଉଛି, ଯାହା ଏମ୍ସ, ଭୁବନେଶ୍ୱରର ଆନେଲେସିଆ ଏବଂ ଗହନ ଚିକିତ୍ସା ବିଭାଗର ପ୍ରଫେସର ଡଃ ସ୍ୱାଗତା ତ୍ରିପାଠୀଙ୍କ ନିର୍ଦ୍ଦେଶନାରେ କରାଯାଉଅଛି ।

---

## ଅଧିକ ସୂଚନା ପାଇଁ ଯୋଗାଯୋଗ:

### ଶ୍ରୀ ଶୁଭାଶିଷ ନାୟକ

ପିଏଚଡି ଛାତ୍ର, ପ୍ରକଳ୍ପ ଗବେଷଣା ବୈଜ୍ଞାନିକ – I

ବିଭାଗ: ଆନେଲେସିଆ ଏବଂ ଗହନ ଚିକିତ୍ସା

ଏମ୍ସ, ଭୁବନେଶ୍ୱର

☎ +୯୧-୯୭୫୮୩୭୭୪୫୦

✉ [subhasishnayak114@gmail.com](mailto:subhasishnayak114@gmail.com)



## ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀ ସମ୍ମତି ପତ୍ର

ଅଧ୍ୟୟନର ଶୀର୍ଷକ:

ପୂର୍ବ ଭାରତରେ ପୋଷ୍ଟ- ଆଇ ସି ୟୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ସେବାର ନିର୍ଦ୍ଦାଶ ଯୋଜନା, କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଓ ପ୍ରଦାନ ପ୍ରକ୍ରିୟାରେ ରୋଗୀ ଓ ସାଧାରଣ ଲୋକଙ୍କ ଅଂଶଗ୍ରହଣ

ବିଭାଗ: ଆନେକ୍ସସିଆ ଏବଂ ଗହନ ଚିକିତ୍ସା, ଏମ୍ସ ଭୁବନେଶ୍ୱର

ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ବିବୃତ୍ତିଗୁଡ଼ିକୁ ସାବଧାନରେ ପଢ଼ନ୍ତୁ ଏବଂ ଯଦି ଆପଣ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ସମ୍ମତ, ତେବେ ତଳେ ଆପଣଙ୍କର ସ୍ୱାକ୍ଷର ଦିଅନ୍ତୁ।

1. ମୁଁ ନିଶ୍ଚିତ କରୁଛି ଯେ ମୋତେ ଯେଉଁ ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀ ସୂଚନା ପତ୍ର ଦିଆଯାଇଛି, ସେଥିରେ ଥିବା ସୂଚନାକୁ ମୁଁ ପଢ଼ିଛି ଏବଂ ବୁଝିଛି, କିମ୍ବା ଯଦି ସେହି ସୂଚନା ମୋ ପାଇଁ ଏକ ଏମିତି ଭାଷାରେ ପଢ଼ାଯାଇଛି, ଯାହା ମୁଁ ବୁଝିପାରୁ।
2. ମୋତେ ପ୍ରଶ୍ନ ପଚାରିବାର ସୁଯୋଗ ମିଳିଛି ଏବଂ ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ଠିକ୍ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଉତ୍ତର ମିଳିଛି।
3. ମୁଁ ବୁଝିପାରୁ ଯେ ମୋର ଅଂଶଗ୍ରହଣ ସ୍ୱେଚ୍ଛାମୂଳକ ଓ ଯେକୌଣସି ସମୟରେ କୌଣସି କାରଣ ଦିଆ ବିନା ଅଂଶଗ୍ରହଣ ଛାଡ଼ିଦେବା ମୋର ସ୍ୱାଧୀନତା ଅଛି ଏବଂ ଏହା ମୋର ଚିକିତ୍ସା ସେବା କିମ୍ବା ଆଇନ ଅଧିକାର ଉପରେ ପ୍ରଭାବ ପକାଇବ ନାହିଁ।
4. ମୁଁ ବୁଝିଛି ଯେ ମୋର ଅଂଶଗ୍ରହଣର ଅର୍ଥ ହେଉଛି ଗୋଷ୍ଠୀ ଅଧିବେଶନରେ ଅଂଶ ନେବା, ମତାମତ ଦେବା, ସାକ୍ଷାତ୍କାର କିମ୍ବା ସର୍ଭେରେ ଅଂଶ ନେବା, ଏବଂ ଆଇ ସି ୟୁ ପରେ ଦିଆଯାଉଥିବା ସେବାଗୁଡ଼ିକୁ ଉନ୍ନତ କରିବାରେ ସହଯୋଗ କରିବା।
5. ମୁଁ ଜାଣିଛି ଯେ ଅଂଶଗ୍ରହଣର ଲାଭ, ଝୁମ୍ପି, ଏବଂ ଅସୁବିଧା ରହିପାରେ, ଯାହାରେ ଭାବନାତ୍ମକ ବିଷୟ ଉପରେ ଆଲୋଚନା ହେବାର ସମ୍ଭାବନା ମଧ୍ୟ ରହିଛି।
6. ମୁଁ ବୁଝିଛି ଯେ ମୋ ସ୍ୱାରା ଦିଆଯାଇଥିବା ସୂଚନା ଗୁପ୍ତ ରଖାଯିବ, ଗୁପ୍ତ ଭାବରେ ସଂରକ୍ଷିତ ହେବ, ଏବଂ ସେହି ସୂଚନା ରିପୋର୍ଟ କିମ୍ବା ପ୍ରକାଶନରେ ମୋ ନାମ କିମ୍ବା ପରିଚୟ ଦିଆଯିବ ନାହିଁ।
7. ମୁଁ ବୁଝିଛି ଯେ ଅଧ୍ୟୟନର ଫଳାଫଳ ପ୍ରକାଶିତ କିମ୍ବା ପ୍ରଦର୍ଶିତ ହେବାର ସମ୍ଭାବନା ରହିଛି, କିନ୍ତୁ ସେଗୁଡ଼ିକୁ ଗୁପ୍ତ ଭାବରେ ରଖାଯିବ ଏବଂ ମୁଁ ଚାହାଁଲେ ଫଳାଫଳର ସାରାଂଶ ମାଗିପାରିବି।
8. ମୁଁ ଏହି ଅନୁସନ୍ଧାନ ଅଧ୍ୟୟନରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ସମ୍ମତ।

ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀ ନାମ: \_\_\_\_\_

ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀ ସ୍ୱାକ୍ଷର: \_\_\_\_\_

ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

ଯୋଗାଯୋଗ: \_\_\_\_\_

ଗବେଷକଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

ଗବେଷକଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର: \_\_\_\_\_

ତାରିଖ: \_\_\_\_\_