

**Appendix-IIA**

**Consent Form for Participant  
Adults (≥18 years)**

<b>Protocol No.</b>	<b>Version No.</b>	<b>Version date:</b>
---------------------	--------------------	----------------------

**Protocol Title:**

**Investigator's name:**

**Organization:)**

If you agree to our proposal for enrolling you in our study, please put  $\checkmark$  mark on appropriate box(es) of the following and finally sign on the specified place for you:

- I have read the participant's information sheet version .1 dated ..... I have had the opportunity to ask question, discuss the study, and received satisfactory answers. Yes  No
  
- I understand that I am free to leave the study without giving any reason. Yes  No
  
- I agree to collect ... ml of blood. (if in the protocol) Yes  No
  
- I agree that the blood samples can be stored for ... years and shared with other researchers and sent to outside the country for further testing and analysis, if required. (if in the protocol) Yes  No
  
- I understand that the information I give is confidential. Yes  No
  
- I agree to my identifiable data being used for future ethically approved studies. Yes  No
  
- I agree to being contacted in the future for studies related to this research. Yes  No
  
- I understand that relevant sections of my medical notes and data collected during the study may be looked at by individuals from the sponsor and by regulatory authorities, where it is relevant to my taking part in this research. I give my permission for those individuals to have access to my records. Yes  No
  
- I give my consent to take part in the study. Yes  No

\_\_\_\_\_  
Signature or left thumb impression  
of participant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature or left thumb impression  
of the witness

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of the PI or his/her representative

\_\_\_\_\_  
Date

**Communication:**

If you have any questions you can ask me right now or at any time later to the below-mentioned personnel:

Purpose of contact	Name and address	Address for communication
For any question related to the study, or any problem		
To know the rights or benefits or to log any complaints or dissatisfaction	(Member Secretary, IRB)	IRB , BSMMU Shahbag, Dhaka-1000 Phone: Mobile:

Thank you for your cooperation.

Give one copy to the participant and keep one copy in study records

## Appendix-IIB

### অংশগ্রহণকারীর সম্মতিপত্র প্রাপ্তবয়স্ক (≥১৮ বৎসর)

Protocol No.	Version No.	Version date:
--------------	-------------	---------------

গবেষণার শিরোনাম:

গবেষকের নাম:

সংস্থার নাম:

আপনি যদি এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করতে আগ্রহী হন তাহলে নিম্নের স্থানটিকে টিক ( ) চিহ্ন দিন এবং সর্বশেষে নির্ধারিত স্থানে স্বাক্ষর অথবা বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ দিন।

- আমি অংশগ্রহণকারীর অবহিতকরণপত্রের ভার্সন ১ তারিখঃ ২৫ নভেম্বর ২০২৪ পড়েছি, আমার এই গবেষণা সম্পর্কে প্রশ্ন করার এবং আলোচনা করার সুযোগ ছিলো এবং আমি আমার প্রশ্নের সন্তোষজনক উত্তর পেয়েছি। হ্যাঁ  না
- আমি বুঝছি যে, কোন কারণ ছাড়াই এই গবেষণা থেকে আমার বিরত থাকার স্বাধীনতা আমার আছে। হ্যাঁ  না
- আমি .. মিলিঃ রক্ত দিতে সম্মত আছি। হ্যাঁ  না
- আমি নামবিহীন রক্তের নমুনা পরীক্ষার জন্য .. বৎসর পর্যন্ত সংরক্ষণ এবং অন্যান্য গবেষকদের সাথে বিনিময় এবং প্রয়োজনে বিশেষ পরীক্ষার নিমিত্তে দেশের বাইরে পাঠাতে সম্মত আছি। হ্যাঁ  না
- আমি বুঝছি যে, আমার দেওয়া তথ্যবলী গোপনীয়। হ্যাঁ  না
- আমার সনাক্তকরণ যোগ্য তথ্য সমূহ ভবিষ্যতে নৈতিকভাবে অনুমোদিত গবেষণা সমূহে ব্যবহার আমি সম্মত আছি। হ্যাঁ  না
- এই গবেষণার সাথে সম্পর্কিত ভবিষ্যতে গবেষণার জন্য আমার সাথে যোগাগের ব্যাপাও আমি সম্মত আছি। হ্যাঁ  না
- আমি এও বুঝছি যে, এই গবেষণা চলাকালীন সংগৃহিত মেডিক্যাল নোট এবং ক্ষমতাপ্রাপ্ত ব্যক্তির দেখতে পারেন, যা এই গবেষণায় আমার অংশগ্রহণের সাথে সম্পর্কিত। ঐ সকল ব্যক্তিদের আমার তথ্যসমূহ দেখার অনুমতি প্রদান করেছি। হ্যাঁ  না
- আমি এই গবেষণায় অংশগ্রহণে সম্মত আছি। হ্যাঁ  না

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর/ বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ

তারিখ

সাক্ষীর স্বাক্ষর/ বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ

তারিখ

গবেষক/ তথ্য সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

যোগাযোগঃ

- আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে, আপনি এখনই আমাকে জিজ্ঞাসা করতে পারেন। এছাড়াও যদি গবেষণা

সম্পর্কিত আরোও প্রশ্ন, আপত্তি বা অভিযোগ থাকে তাহলে নীচের ঠিকানায় সরাসরি যোগাযোগ করতে পারেন।

যোগাযোগের উদ্দেশ্য	নাম ও পরিচয়	যোগাযোগের ঠিকানা
গবেষণা সম্পর্কিত কোন প্রশ্ন, অনুসন্ধান বা অসুবিধা।	(গবেষণা কর্মী)	
	(প্রধান গবেষক)	
গবেষণা সম্পর্কিত কোন অসন্তোষ বা অভিযোগ থাকলে।	(আই,আর,বি)	

আপনার সহযোগিতার জন্য ধন্যবাদ

অংশগ্রহণকারীকে একটি অনুলিপি দিন এবং একটি অনুলিপি গবেষণার রেকর্ডে রাখুন

**Appendix-III A**

**Assent Form  
Children (11-17 years)**

<b>Protocol No.</b>	<b>Version No.</b>	<b>Version date:</b>
---------------------	--------------------	----------------------

**Protocol Title:**

**Investigator's name:**

**Organization:**

If you agree to our proposal for enrolling you in our study, please put  $\checkmark$  mark on appropriate box(es) of the following and finally sign on the specified place for you:

- I have read the participant's information sheet version. 1 dated **25 November 2024**, have had the opportunity to ask question, discuss the study, and received satisfactory answers. Yes  No
  
- I understand that I am free to leave the study without giving any reason. Yes  No
  
- I agree to collect 3 ml of blood from my child ( if in the protocol) . Yes  No
  
- I agree that blood samples can be stored for 5 years and shared with other researchers and sent to outside the country for further testing and analysis, if required. ( if in the protocol) Yes  No
  
- I understand that the information I give is confidential. Yes  No
  
- I agree to my identifiable data being used for future ethically approved studies. Yes  No
  
- I agree to being contacted in the future for studies related to this research. Yes  No
  
- I understand that relevant sections of my medical notes and data collected during the study may be looked at by individuals from the sponsor and by regulatory authorities, where it is relevant to my taking part in this research. I give my permission for those individuals to have access to my records. Yes  No
  
- I give my assent to take part in the study. Yes  No

\_\_\_\_\_  
Signature or left thumb impression of  
participant's (11-17 years) Parent/ Guardian/ Attendant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature or left thumb impression of Child  
(11-17 years)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature or left thumb impression of the witness

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of the PI or Representative

\_\_\_\_\_  
Date

**Communication:**

If you have any questions you can ask me right now or at any time later to the below-mentioned personnel:

Purpose of contact	Name and address	Address for communication
For any question related to the study, or any problem		
To know the rights or benefits or to log any complaints or dissatisfaction		

Thank you for your cooperation.

Give one copy to the participant and keep one copy in study records

## Appendix-IIIB

অংশগ্রহণকারীর সম্মতিপত্র  
শিশু (১১-১৭ বৎসর)

Protocol No.	Version No.	Version date:
--------------	-------------	---------------

গবেষণার শিরোনাম:

গবেষকের নাম:

সংস্থার নাম:

আপনি যদি এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করতে আগ্রহী হন তাহলে নিম্নের স্থানটিকে টিক (✓) চিহ্ন দিন এবং সর্বশেষে নির্ধারিত স্থানে স্বাক্ষর অথবা বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ দিন।

- আমি অংশগ্রহণকারীর অবহিতকরণপত্রের ভার্সন ১ তারিখঃ ২৫ নভেম্বর ২০২৪ পড়েছি, আমার এই গবেষণা সম্পর্কে প্রশ্ন করার এবং আলোচনা করার সুযোগ ছিলো এবং আমি আমার প্রশ্নের সন্তোষজনক উত্তর পেয়েছি।  
হ্যাঁ  না
- আমি বুঝছি যে, কোন কারণ ছাড়াই এই গবেষণা থেকে আমার বিরত থাকার স্বাধীনতা আমার আছে।  
হ্যাঁ  না
- আমি ৩ মিলিঃ রক্ত দিতে সম্মত আছি।  
হ্যাঁ  না
- আমি নামবিহীন রক্তের নমুনা পরীক্ষার জন্য ৫ বৎসর পর্যন্ত সংরক্ষণ এবং অন্যান্য গবেষকদের সাথে বিনিময় এবং প্রয়োজনে বিশেষ পরীক্ষার নিমিত্তে দেশের বাইরে পাঠাতে সম্মত আছি।  
হ্যাঁ  না
- আমি বুঝছি যে, আমার দেওয়া তথ্যবলী গোপনীয়।  
হ্যাঁ  না
- আমার সনাক্তকরণ যোগ্য তথ্য সমূহ ভবিষ্যতে নৈতিকভাবে অনুমোদিত গবেষণা সমূহে ব্যবহার আমি সম্মত আছি।  
হ্যাঁ  না
- এই গবেষণার সাথে সম্পর্কিত ভবিষ্যতে গবেষণার জন্য আমার সাথে যোগাগের ব্যাপাণ্ডে আমি সম্মত আছি।  
হ্যাঁ  না
- আমি এও বুঝছি যে, এই গবেষণা চলাকালীন সংগৃহিত মেডিক্যাল নোট এবং ক্ষমতাপ্রাপ্ত ব্যক্তির দেখতে পারেন, যা এই গবেষণায় আমার অংশগ্রহণের সাথে সম্পর্কিত। ঐ সকল ব্যক্তিদের আমার তথ্যসমূহ দেখার অনুমতি প্রদান করেছি।  
হ্যাঁ  না
- আমি এই গবেষণায় অংশগ্রহণে সম্মত আছি।  
হ্যাঁ  না

১১-১৭ বৎসরের শিশু'র বাবা-মা/ অভিভাবকের  
স্বাক্ষর/ বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ

তারিখ

স্বাক্ষর/ বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ  
(১১-১৭ বৎসরের শিশু)

তারিখ

সাক্ষীর স্বাক্ষর/ বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ

তারিখ

গবেষক/ তথ্য সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

যোগাযোগঃ

- আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে, আপনি এখনই আমাকে জিজ্ঞাসা করতে পারেন। এছাড়াও যদি গবেষণা সম্পর্কিত আরোও প্রশ্ন, আপত্তি বা অভিযোগ থাকে তাহলে নীচের ঠিকানায় সরাসরি যোগাযোগ করতে পারেন।

যোগাযোগের উদ্দেশ্য	নাম ও পরিচয়	যোগাযোগের ঠিকানা
গবেষণা সম্পর্কিত কোন প্রশ্ন, অনুসন্ধান বা অসুবিধা।	(গবেষণা কর্মী)	
	(প্রধান গবেষক)	
গবেষণা সম্পর্কিত কোন অসন্তোষ বা অভিযোগ থাকলে।	(আই,আর,বি)	

আপনার সহযোগিতার জন্য ধন্যবাদ

অংশগ্রহণকারীকে একটি অনুলিপি দিন এবং একটি অনুলিপি গবেষণার রেকর্ডে রাখুন



**Appendix IV-A**

**Consent form for Guardians  
Children (<11 years)**

Protocol No.	Version No.	Version date:
--------------	-------------	---------------

**Protocol Title:**

**Investigator's name:**

**Organization:**

If you agree to our proposal for enrolling you in our study, please put  $\checkmark$  mark on appropriate box(es) of the following and finally sign on the specified place for you:

- I have read the participant's information sheet version.1 dated 25 November 2024, have had the opportunity to ask question, discuss the study, and received satisfactory answers. Yes  No
- I understand that I am free to leave the study without giving any reason. Yes  No
- I agree to the collect 3 ml of blood from my child Yes  No
- I agree that the blood samples can be stored for 5 years and shared with other researchers and sent to outside the country for further testing and analysis, if required. Yes  No
- I understand that the information I give is confidential. Yes  No
- I agree to my identifiable data being used for future ethically approved studies. Yes  No
- I agree to being contacted in the future for studies related to this research. Yes  No
- I understand that relevant sections of my medical notes and data collected during the study may be looked at by individuals from the sponsor and by regulatory authorities, where it is relevant to my taking part in this research. I give my permission for those individuals to have access to my records. Yes  No
- I give my assent to take part in the study. Yes  No

\_\_\_\_\_  
Signature or left thumb impression of participant's (<11years) Parent/ Guardian/ Attendant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature or left thumb impression of the witness

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of the PI or Representative

\_\_\_\_\_  
Date

**Communication:**

If you have any questions you can ask me right now or at any time later to the below-mentioned personnel:

Purpose of contact	Name and address	Address for communication
For any question related to the study, or any problem		
To know the rights or benefits or to log any complaints or dissatisfaction		

Thank you for your cooperation.

Give one copy to the participant and keep one copy in study records

## Appendix IV-B

### অভিভাবকের সম্মতিপত্র (১১ বছরের কম বয়সী শিশু)

Protocol No.	Version No.	Version date:
--------------	-------------	---------------

গবেষণার শিরোনাম:

গবেষকের নাম:

সংস্থার নাম:

আপনি যদি এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করতে আগ্রহী হন তাহলে নিম্নের স্থানটিকে টিক (✓) চিহ্ন দিন এবং সর্বশেষে নির্ধারিত স্থানে স্বাক্ষর অথবা বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ দিন।

- আমি অংশগ্রহণকারীর অবহিতকরণপত্রের ভার্সন ১ তারিখঃ ২৫ নভেম্বর ২০২৪ পড়েছি, আমার এই গবেষণা সম্পর্কে প্রশ্ন করার এবং আলোচনা করার সুযোগ ছিলো এবং আমি আমার প্রশ্নের সন্তোষজনক উত্তর পেয়েছি। হ্যাঁ  না
- আমি বুঝছি যে, কোন কারণ ছাড়াই এই গবেষণা থেকে আমার বিরত থাকার স্বাধীনতা আমার আছে। হ্যাঁ  না
- আমি ৩ মিলিঃ রক্ত দিতে সম্মত আছি। হ্যাঁ  না
- আমি নামবিহীন রক্তের নমুনা পরীক্ষার জন্য ৫ বৎসর পর্যন্ত সংরক্ষণ এবং অন্যান্য গবেষকদের সাথে বিনিময় এবং প্রয়োজনে বিশেষ পরীক্ষার নিমিত্তে দেশের বাইরে পাঠাতে সম্মত আছি। হ্যাঁ  না
- আমি বুঝছি যে, আমার দেওয়া তথ্যবলী গোপনীয়। হ্যাঁ  না
- আমার সনাক্তকরণ যোগ্য তথ্য সমূহ ভবিষ্যতে নৈতিকভাবে অনুমোদিত গবেষণা সমূহে ব্যবহার আমি সম্মত আছি। হ্যাঁ  না
- এই গবেষণার সাথে সম্পর্কিত ভবিষ্যতে গবেষণার জন্য আমার সাথে যোগাগের ব্যাপাণ্ডে আমি সম্মত আছি। হ্যাঁ  না
- আমি এও বুঝছি যে, এই গবেষণা চলাকালীন সংগৃহিত মেডিক্যাল নোট এবং ক্ষমতাপ্রাপ্ত ব্যক্তির দেখতে পারেন, যা এই গবেষণায় আমার অংশগ্রহণের সাথে সম্পর্কিত। ঐ সকল ব্যক্তিদের আমার তথ্যসমূহ দেখার অনুমতি প্রদান করেছি। হ্যাঁ  না
- আমি এই গবেষণায় অংশগ্রহণে সম্মত আছি। হ্যাঁ  না

\_\_\_\_\_  
<১১ বৎসরের শিশু'র বাবা-মা/ অভিভাবকের  
স্বাক্ষর/ বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ

\_\_\_\_\_  
তারিখ

\_\_\_\_\_  
সাক্ষীর স্বাক্ষর/ বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ

\_\_\_\_\_  
তারিখ

\_\_\_\_\_  
গবেষক/ তথ্য সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর

\_\_\_\_\_  
তারিখ

যোগাযোগঃ

- আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে, আপনি এখনই আমাকে জিজ্ঞাসা করতে পারেন। এছাড়াও যদি গবেষণা সম্পর্কিত আরোও প্রশ্ন, আপত্তি বা অভিযোগ থাকে তাহলে নীচের ঠিকানায় সরাসরি যোগাযোগ করতে পারেন।

যোগাযোগের উদ্দেশ্য	নাম ও পরিচয়	যোগাযোগের ঠিকানা
গবেষণা সম্পর্কিত কোন প্রশ্ন, অনুসন্ধান বা অসুবিধা।	(গবেষণা কর্মী)	
	(প্রধান গবেষক)	
গবেষণা সম্পর্কিত কোন অসন্তোষ বা অভিযোগ থাকলে।	(আই,আর,বি)	

আপনার সহযোগিতার জন্য ধন্যবাদ

অংশগ্রহণকারীকে একটি অনুলিপি দিন এবং একটি অনুলিপি গবেষণার রেকর্ডে রাখুন