Appendix-IIA

Consent Form for Participant Adults (≥18 years)

Protocol No.	version No.	version dat	e:
Protocol Title:			
Investigator's name:			
Organization:)			
If you agree to our proposal for enroll following and finally sign on the spec	ing you in our study, please put $$ macified place for you:	rk on appropri	ate box(es) of the
	nformation sheet version .1 dated lestion, discuss the study, and received		Yes No
• I understand that I am free to	leave the study without giving any re-	ason.	Yes No No
• I agree to collect ml of blo	ood. (if in the protocol)		Yes No
• I agree that the blood sample years and shared with othe further testing and analysis, i	er researchers and sent to outside the c	country for	Yes No
• I understand that the informa	tion I give is confidential.		Yes No
I agree to my identifiable data	a being used for future ethically appro	ved studies.	Yes No
• I agree to being contacted in	the future for studies related to this res	search.	Yes No
during the study may be look by regulatory authorities, wh	tions of my medical notes and data co ted at by individuals from the sponsor ere it is relevant to my taking part in to on for those individuals to have access	and his	Yes No
I give my consent to take par	t 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 represer	 ntative	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 (১১৮ বৎসর)

Protocol No.	Version No.	Version date:	
গবেষণার শিরোনাম:			
গবেষকের নাম:			
সংস্থার নাম:			
	গ্রহণ করতে আগ্রহী হন তাহলে। অথবা বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ দিন।		চিহ্ন দিন এবং
পড়েছি, আমার এই গবেষণা	তকরণপত্রের ভার্সন ১ তারিখঃ ২৫ নে সম্পর্কে প্রশ্ন করার এবং আলোচনা ক		
ছিলো এবং আমি আমার প্রয়ে	ার সম্ভোষজনক উত্তর পেয়েছি।	হ্যাঁ 🗆	না 🗆
আমি বুঝছি যে, কোন কারণ স্বাধীনতা আমার আছে।	ছাড়াই এই গবেষণা থেকে আমার বির	ত থাকার হ্যাঁ 🗀	না 🗆
আমিৄ মিলিঃ রক্ত দিতে	সম্মত আছি।	্` <u> </u>	না 🗆
 আমি নামবিহীন রক্তের ন এবং অন্যান্য গবেষকদের 	মুনা পরীক্ষার জন্য বৎসর পর্যং সাথে বিনিময় এবং প্রয়োজনে বি		
পরীক্ষার নিমিত্তে দেশের	বাইরে পাঠাতে সম্মত আছি।	হ্যাঁ 🗆	না 🔲
	দওয়া তথ্যবলী গোপনীয়।	হাঁ 🗆	না 🗌
 আমার সনাক্তকরণ যোগ্য গবেষণা সমূহে ব্যবহার অ 	তথ্য সমূহ ভবিষ্যতে নৈতিকভারে মামি সম্মত আছি।	ব অনুমোদিত হ্যাঁ □	না 🗌
 এই গবেষণার সাথে সম্প্র যোগাগের ব্যাপাতে আমি 	কিত ভবিষ্যতে গবেষণার জন্য ৩ সম্মত আছি।	য়ামার সাথে হ্যাঁ □	না 🗆
নোট এবং ক্ষমতাপ্রাপ্ত ব্য	গবেষণা চলাকালীন সংগৃহিত মে জিরা দেখতে পারেন, যা এই গে সম্পর্কিত। ঐ সকল ব্যক্তিদের জ	বষণায়	
তথ্যসমূহ দেখার অনুমতি		হাঁ 🗆	না 🗆
আমি এই গবেষণায় অংশ	গ্রহণে সম্মত আছি।	হ্যাঁ 🗆	না 🗌
অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর/ বাম বৃ	<u>কাঙ্গু</u> লির ছাপ	- তারিখ	
 সাক্ষীর স্বাক্ষর/ বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির	<u>—</u> ছাপ	— তারিখ	
 গবেষক/ তথ্য সংগ্রহকারীর স্বান্থ	 দর	 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	(গবেষণা কর্মী)	
কোন প্ৰশ্ন, অনুসন্ধান	(প্রধান গবেষক)	
বা অসুবিধা।	_	
গবেষণা সম্পর্কিত	(আই,আর,বি)	
কোন অসম্ভোষ বা		
অভিযোগ থাকলে।		

আপনার সহযোগিতার জন্য ধন্যবাদ

অংশগ্রহণকারীকে একটি অনুলিপি দিন এবং একটি অনুলিপি গবেষণার রেকর্ডে রাখুন

Appendix-IIIA

Assent Form Children (11-17 years)

Protocol No.	Version No.	Version da	te:
Protocol Title:			
Investigator's name:			
Organization:			
If you agree to our proposal for enroll following and finally sign on the spec		put √ mark on appropr	iate box(es) of the
 I have read the participant's in have had the opportunity to a satisfactory answers. 			24, Yes
I understand that I am free to	leave the study without giv	ing any reason.	Yes No
• I agree to collect 3 ml of bloc	od from my child (if in the p	protocol) .	Yes No No
 I agree that blood samples ca 5 years and shared with other further testing and analysis, i 	r researchers and sent to out	•	Yes No
I understand that the information	tion I give is confidential.		Yes No
I agree to my identifiable dat	a being used for future ethic	cally approved studies.	Yes No
• I agree to being contacted in	the future for studies related	l to this research.	Yes No
 I understand that relevant sec during the study may be look by regulatory authorities, wh research. I give my permission 	ted at by individuals from the ere it is relevant to my taking	ne sponsor and ng part in this	
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/ Gu		Date	_
Signature or left thumb impression o (11-17 years)	f Child	Date	_
Signature or left thumb impression of	f the witness	Date	_

gnature of the PI or Representative		Date
ommunication:		
you have any question	ons you can ask me right now or at a	ny time later to the below-mentioned personne
Purpose of		
contact	Name and address	Address for communication
- Januar		
For any		
question		
related to the		
study, or any		
problem		
r		
To know the		
rights or		
benefits or to		
log any		
complaints or dissatisfaction		
dissaustaction		
hank you for your coo	operation.	
900 101 9001 000		
Giv	e one copy to the participant and ke	eep one copy in study records

Appendix-IIIB

অংশগ্রহণকারীর সম্মতিপত্র শিশু (১১-১৭ বৎসর)

	col No.	Version No.	Version da	ate:	
গবেষণ	ার শিরোনাম:				
বৈষ	কর নাম:				
াংস্থার	নাম:				
		া অংশগ্রহণ করতে আগ্রহী হন রাক্ষর অথবা বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছা		টকে টিক (১) চিহ্ন দি
	পড়েছি, আমার এই গ	অবহিতকরণপত্রের ভার্সন ১ তারিখ বেষণা সম্পর্কে প্রশ্ন করার এবং আ োর প্রশ্নের সম্ভোষজনক উত্তর পের্য়ো	লোচনা করার সুযোগ	হোঁ 🗆	না 🗆
	আমি বুঝছি যে, কোন	কারণ ছাড়াই এই গবেষণা থেকে ত	মামার বিরত থাকার		
	স্বাধীনতা আমার আছে			হাাঁ 🗆	না 🗌
•	আমি ৩ মিলিঃ রক্ত	দিতে সম্মত আছি।		হাাঁ 🗆	না 🗌
		<u>জর নমুনা পরীক্ষার জন্য ৫ বং</u>			
		কদের সাথে বিনিময় এবং প্রয়ে			
	পরীক্ষার নিমিত্তে দে	শের বাইরে পাঠাতে সম্মত আ	ष्टि ।	হাঁা 🗆	না 🗌
•	আমি বুঝছি যে, আ	মার দেওয়া তথ্যবলী গোপনীয়	1	হাঁা 🗆	না 🗌
		যোগ্য তথ্য সমূহ ভবিষ্যতে নৈ	তিকভাবে অনুমোদি	ত	
	গবেষণা সমূহে ব্যব	হার আমি সম্মত আছি।		হাঁা 🗆	না 🗌
		সম্প্রকিত ভবিষ্যতে গবেষণার	া জন্য আমার সা থে		
	যোগাগের ব্যাপাওে	আমি সম্মত আছি।		হ্যাঁ 🗌	না 🗌
	নোট এবং ক্ষমতাপ্র আমার অংশগ্রহণের	, এই গবেষণা চলাকালীন সংগৃ াপ্ত ব্যক্তিরা দেখতে পারেন, যা সাথে সম্পর্কিত। ঐ সকল ব্যা	এই গবেষণায়		
	তথ্যসমূহ দেখার অ	নুমতি প্রদান করেছি।		হাঁা 🗆	না 🗌
	আমি এই গবেষণায়	অংশগ্ৰহণে সম্মত আছি।		হাঁা 🗆	না 🗌
			_		
		াাবা-মা/ অভিভাবকের	ত	ারিখ	
<u> ধ্বাক্ষর</u>	/ বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছা	প			
সাক্ষর		<u></u> ~		ারিখ	
(22-2	৭ বৎসরের শিশু)				

সাক্ষীর স্বাক্ষর/ বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ	তারিখ
গবেষক/ তথ্য সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর	 তারিখ
যোগাযোগঃ	
আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে, আপনি এখনই আমাকে জিজ্ঞাসা কর্ সম্পর্কিত আবোও প্রশ্ন আপতি বা অভিযোগ থাকে তাকলে নীতে	_

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

আপনার সহযোগিতার জন্য ধন্যবাদ

পারেন।

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	2:
Protocol Title:			
Investigator's name:			
Organization:			
If you agree to our proposal for enroll following and finally sign on the spec		ut √ mark on appropri	ate box(es) of the
 I have read the participant's i have had the opportunity to a satisfactory answers. 			4, Yes□ No□
I understand that I am free to	leave the study without givin	g any reason.	Yes No
• I agree to the collect 3 ml of l	blood from my child		Yes No
 I agree that the blood samples years and shared with other further testing and analysis, in 	researchers and sent to outsid	de the country for	Yes No
I understand that the informa	tion I give is confidential.		Yes No
I agree to my identifiable data	a being used for future ethical	ly approved studies.	Yes No
• I agree to being contacted in	the future for studies related to	o this research.	Yes No
 I understand that relevant sec during the study may be look by regulatory authorities, who research. I give my permission to my records. 	ed at by individuals from the ere it is relevant to my taking	sponsor and part in this	Yes No
• I give my assent to take part i	n the study.		Yes No
Signature or left thumb impression of participant's (<11years) Parent/ Guar		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 o	date:	
গবেষণার শিরোনাম:				
গবেষকের নাম:				
সংস্থার নাম:				
আপনি যদি এই গবেষণা	য় অংশগ্রহণ করতে আগ্রহী হ -	্য তাহলে নিম্ <u>লে</u> র স্তান	টিকে টিক (১) চিহ্ন দিন এব
	স্বাক্ষর অথবা বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছ			
 আমি অংশগ্রহণকারীর 	৷ অবহিতকরণপত্রের ভার্সন ১ তারি	খঃ ২৫ নভেম্বর ২০২৪		
- ,	াবেষণা সম্পর্কে প্রশ্ন করার এবং অ			
ছিলো এবং আমি আফ	মার প্র ্লে র সন্তোষজনক উত্তর পেরে	য়ছি।	হ্যাঁ 🗌	না 🗌
আমি বঝছি যে কোন	ı কারণ ছাড়াই এই গবেষণা থেকে	আমার বিরত থাকার		
স্বাধীনতা আমার আগে			হ্যাঁ 🗆	না 🔲
• আমি ৩ মিলিঃ রক্ত	দিতে সম্মত আছি।		হাঁ 🗆	না 🗆
	ক্রের নমুনা পরীক্ষার জন্য ৫ ব	ৎসর পর্যন্ত সংরক্ষণ	· · —	
	ষকদের সাথে বিনিময় এবং প্র			
পরীক্ষার নিমিত্তে ে	দশের বাইরে পাঠাতে সম্মত ও	মাছি।	হ্যাঁ 🗆	না 🔲
 আমি বঝছি যে অ 	ামার দেওয়া তথ্যবলী গোপনী	য় ।	হাঁ □	না 🗆
·	যোগ্য তথ্য সমূহ ভবিষ্যতে গৈ		•	,,
	বহার আমি সম্মত আছি।	11040164 4 2641111	হাঁ 🗆	না 🗆
- 5			_	
	থ সৰ্ম্পকিত ভবিষ্যতে গবেষণ ৪ আমি সম্মত আছি।	ার জন্য আমার সাথে		→ □
G41411G44 431-11G6	ज्ञाम ग में जारि		হাঁা 🗆	না 🗌
আমি এও বুঝছি বে	য, এই গবেষণা চলাকালীন সং	ংগৃহিত মেডিক্যাল		
	ধাপ্ত ব্যক্তিরা দে <mark>খতে</mark> পারেন, য			
	র সাথে সম্পর্কিত। ঐ সকল ব	্যক্তিদের আমার		
তথ্যসমূহ দেখার ৎ	মনুমতি প্রদান করেছি।		হ্যাঁ 🗆	না 🗆
 আমি এই গবেষণা 	য় অংশগ্রহণে সম্মত আছি।		হাঁা 🗆	না 🗌
			Ф, <u>П</u>	
 <১১ বৎসরের শিশু'র বা	বা_মা/ অভিভাবকেব		 হারিখ	
স্বাক্ষর/ বাম বৃদ্ধাঙ্গুলির ছ				
 সাক্ষীর স্বাক্ষর/ বাম বৃদ্ধা	 ঙ্গলির ছাপ	_ _	<u> </u>	
]র স্বাক্ষর		 হারিখ	
16 17 17 0 10 10 10 1	19 317 4		-1144	

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	(গবেষণা কর্মী)	
কোন প্রশ্ন, অনুসন্ধান বা অসুবিধা।	(প্রধান গবেষক)	
গবেষণা সম্পর্কিত	(আই,আর,বি)	
কোন অসন্তোষ বা		
অভিযোগ থাকলে।		

আপনার সহযোগিতার জন্য ধন্যবাদ

অংশগ্রহণকারীকে একটি অনুলিপি দিন এবং একটি অনুলিপি গবেষণার রেকর্ডে রাখুন