

එකඟතාවය ප්‍රකාශ කිරීමේ පත්‍රිකාව

ව්‍යාපෘතිය: අංශභාග රෝගී ළමා රෝගියකු සඳහා මොළ-පරිගණක අතුරුමුහුණතක් (BCI)  
සංවර්ධනය කිරීම

A කොටස - සහභාගිවන්නාගේ දෙමාපියන්/භාරකරු විසින් පිරවිය යුතුය

1. මෙම අධ්‍යයනය සඳහා ලබා දී ඇති තොරතුරු පත්‍රිකාව ඔබ කියවා තිබේද? ඔව් / නැත
2. මෙම අධ්‍යයනය සාකච්ඡා කිරීමට සහ කිසියම් ප්‍රශ්න ඇසීමට ඔබට අවස්ථාවක් ලැබුණාද?  
ඔව් / නැත
3. ඔබගේ සියලු ප්‍රශ්න සඳහා සතුටුදායක පිළිතුරු ලැබුණාද? ඔව් / නැත
4. අධ්‍යයනය පිළිබඳව ඔබට ප්‍රමාණවත් තොරතුරු ලැබුණාද? ඔව් / නැත
5. අධ්‍යයනය ඔබට පැහැදිලි කළේ කවුද? \_\_\_\_\_
6. මෙම අධ්‍යයනයට ඔබේ දරුවාගේ සහභාගීත්වය සම්බන්ධයෙන් විමර්ශකයන් සතුව ඇති තොරතුරු, මෙම අධ්‍යයනයේ අනෙකුත් විමර්ශකයන් විසින් පරීක්ෂා කළ හැක. සියලුම පුද්ගලික තොරතුරු දැඩි ලෙස රහස්‍ය ලෙස සලකනු ලැබේ (මුරපදයකින් ආරක්ෂිත ගබඩාව සහ අනෙකුත් ආරක්ෂක විධිවිධාන යොදාගනී). මෙම පුද්ගලයන්ට ඔබගේ වාර්තා වෙත ප්‍රවේශ වීමට ඔබ අවසර දෙනවාද? ඔව් / නැත
7. ඔබගේ තීරණයට එළඹීමට ඔබට ප්‍රමාණවත් කාලයක් ලැබුණාද? ඔව් / නැත
8. ඔබගේ දරුවාගේ නිර්නාමික දත්ත, පුද්ගලික තොරතුරු හෙළි නොකර ප්‍රකාශනය කිරීමට (උදා: පර්යේෂණ පත්‍රිකා, නිබන්ධන, හෝ සම්මන්ත්‍රණ ඉදිරිපත් කිරීම්වල) ඔබ අවසර දෙනවාද? ඔව් / නැත
9. ඔබට 'තොරතුරු පත්‍රිකාව සහ අනුමැති පත්‍රිකාව' හි පිටපතක් ලැබුණාද? ඔව් / නැත
10. මෙම අධ්‍යයනයට ඔබේ දරුවා සහභාගී වීමට ඔබ එකඟද? ඔව් / නැත
11. ඕනෑම අවස්ථාවක හේතුවක් දැක්වීමකින් තොරව සහ ඔවුන්ගේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාරවලට බලපෑමකින් තොරව ඔබේ දරුවා අධ්‍යයනයෙන් ඉවත් කර ගැනීමට ඔබට නිදහස ඇති බව ඔබ තේරුම් ගන්නවාද? ඔව් / නැත

දෙමාපියන්ගේ/භාරකරුගේ අත්සන: \_\_\_\_\_ දිනය: \_\_\_\_\_

දෙමාපියන්ගේ/භාරකරුගේ නම : \_\_\_\_\_

**B කොටස - විමර්ශක විසින් පිරවිය යුතුය**

මම සහභාගිවන්නාට තොරතුරු පත්‍රිකාව නිවැරදිව කියවා ඇති අතර, සහභාගිවන්නා පර්යේෂණ ක්‍රියාපටිපාටිය තේරුම් ගෙන ඇති බවට සහතික කරමි.

විමර්ශකගේ අත්සන: \_\_\_\_\_ දිනය: \_\_\_\_\_

නම (ලොකු අකුරින්): \_\_\_\_\_