

ஒப்புதல் படிவம்

வெல்கம் டிரஸ்ட் ஆராய்ச்சி கூடம், ஜி.ஐ. அறிவியல் பிரிவு,

கிருத்துவ மருத்துவ கல்லூரி, வேலூர்

வீட்டு மருத்துவ/சுகாதார செலவு கணக்கெடுப்பு

தகவல் படிவம்

வேலூர் மாவட்டத்தில் உள்ள குடும்பங்கள் எதிர்நோக்கும் மருத்துவ/சுகாதார செலவினங்களை மதிப்பீடு செய்வதற்காக ஒரு கணக்கெடுப்பு நடத்துகிறோம். உங்கள் வீட்டில் உள்ள உறுப்பினர்களின் சமீபத்திய சுகாதார நிலை மற்றும் உடல் நல பாதுகாப்புக்கு என நீங்கள் செய்யும் செலவுகளை பற்றி அதிகமான கேள்விகளுக்கு பதில் அளிக்கும்படி இருக்கும். இந்த ஆய்வில் பங்கேற்க உங்களை வேண்டி அழைக்கிறோம்.

இந்த ஆய்வின் முக்கியத்துவம் என்ன?

உடல் நல / மருத்துவ செலவுகளினால் ஒவ்வொரு வருடமும் குடும்ப செலவுகள் அதிகரித்து குடும்பத்தில் நிதி நெருக்கடி ஏற்படுகிறது. 2011-2012 ஆம் ஆண்டில் (தேசிய சுகாதார கொள்கை 2015) இந்தியாவில் 55 மில்லியன் மக்கள் வறுமையில் உள்ளனர். பல குடும்பங்கள் தங்களின் மருத்துவ தேவைகளுக்காக தங்களது சொத்துக்களை விற்பனா அல்லது பணத்தை கடன் வாங்கியோ பூர்த்தி செய்கின்றனர். மருத்துவ செலவினங்களுக்காக நிதி பாதுகாப்பு வழங்குகின்ற அரசாங்க கொள்கைகள் / திட்டங்கள் செயல்படுத்துவதற்காக எங்களுக்கு சரியான நம்பகமான மற்றும் உரிய நேரத்தில் இந்த தகவல்கள் தேவைப்படுகிறது. மருத்துவ செலவுகள் எவ்வாறு குடும்பத்தின் நிதி அளவை பாதிக்கிறது மற்றும் செலவின தகவல்களை சேகரிக்க நவீன வழிமுறைகளுக்கான சாத்தியக்கூறுகளை ஆய்வு செய்வது எங்கள் நோக்கமாகும்.

இந்த ஆய்வில் பங்கேற்றால் நீங்கள் செய்ய வேண்டியது என்ன?

இந்த ஆய்வில் பெரும்பான்மையான தகவல்கள் உங்கள் குடும்பத்தின் மருத்துவம்/சுகாதாரம் சார்ந்தவையாக இருக்கும். கணக்கெடுப்புக்குத் தேவையான தகவல்களை உங்களிடமோ அல்லது உங்கள் குடும்ப உறுப்பினர்களிடமோ கேட்போம். உங்கள் குடும்ப உறுப்பினர்களின் வயது, பாலினம், கல்வித்தகுதி, வேலை வாய்ப்பு, சுகாதார நிலை, சுகாதார வசதிகளுக்காக மருத்துவமனை விஜயம் போன்ற தகவல்களை உள்ளடக்கிய தகவல் தாள் இருக்கும். இந்த தகவல்களை சேகரிக்க சுமார் 30 முதல் 45 நிமிடங்கள் வரை ஆகும்.

மேலும் மருத்துவ/சுகாதார செலவுகளை பதிவு செய்ய குறிப்பிட்ட குடும்பத்திற்கு அலைபேசி (செல்போன்) வழங்கப்படும். இது மிகவும் முக்கியமான ஒன்று ஏனெனில் இதற்கு முந்தைய ஆய்வின் விவரங்கள் அனைத்தும் நீண்ட கால இடைவெளியில் பெறப்பட்டது. ஆனால் அந்த செலவினங்களை நினைவு கூர்வது அத்தனை எளிதாக இருக்காது அதனால் செலவினங்கள் பற்றிய தகவல்கள் துல்லியமாக இல்லாமல் சில சமயம் தவறாகப் போய் விட வாய்ப்புள்ளது.

எனவே அலைபேசி (செல்போன்) மூலமாக மருத்துவ செலவுகளை பதிவு செய்வது துல்லியமாக இருக்கும்.

இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதால் உங்களுக்கு என்ன பலன் கிடைக்கும்?

இந்த கணக்கெடுப்பில் பங்குபெறுவோற்கு எந்தவித நிதி ஆதாயமும் வழங்கப்பட மாட்டாது. இந்த தகவல்கள் அரசின் மருத்துவ பாதுகாப்பு கொள்கைகளை மேம்படுத்த வழிவகுக்கும் என நம்புகிறோம்.

இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதின் அபாயங்கள் என்ன?

இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதால் ஆபத்தோ அல்லது காயங்களோ ஏற்படும் என நாங்கள் எதிர்பார்க்கவில்லை.

இந்த ஆய்வு ஆரம்பித்த பிறகு அதில் இருந்து நீங்கள் விலக முடியுமா?

இந்த ஆய்வில் நீங்கள் பங்கேற்பது தன்னார்வத்தினாலானது, மேலும் இதில் இருந்து நீங்கள் எந்த நேரமும் விலகலாம்.

உங்களின் சொந்த விவரங்கள் இரகசியமாக வைக்கப்படுமா?

இந்த ஆய்வின் கண்டுபிடிப்புகள் / முடிவுகள் பொது சுகாதார பத்திரிகையில் பிரசுரிக்கப்படும், ஆனால் உங்களின் தனிப்பட்ட தகவல்கள் எந்த வெளியீட்டிலும் அல்லது முடிவுகளிலும் பகிரப்படாது.

உங்களுக்கு ஏதாவது கேள்விகள் இருந்தால் தயவு செய்து டாக்டர் பிரசன்னா பிரேம் குமார், டாக்டர் ராஜன் சீனிவாசன் அல்லது டாக்டர் வெங்கட் ராகவா அவர்களை தொடர்பு கொள்ளவும்.

கணக்கெடுப்பில் பங்கு பெறுவதற்கான ஒப்புதல்

ஆய்வின் தலைப்பு: வீட்டு சுகாதார செலவு கணக்கெடுப்பு

ஆய்வு எண்:

பங்கு பெறுபவரின் பெயர்:

பிறந்த தேதி / வயது (ஆண்டுகளில்)

நான் _____ த/பெ

இந்த ஆய்வை பற்றிய தகவல் படிவத்தை படித்து (அல்லது எனக்கு படித்து காண்பிக்கப்பட்டு) எனக்குரிய சந்தேகங்கள் தெளிவு படுத்தப்பட்டது.

இந்த ஆய்வில் நான் பங்கேற்பது முற்றிலும் தன்னிச்சையானது மற்றும் நான் இந்த ஆய்விலிருந்து எப்போது வேண்டுமானாலும் வெளியேறலாம். இதனால் எனது வழக்கமான சிகிச்சையோ அல்லது சட்ட உரிமையோ பாதிக்கப்படாது என அறிந்து கொண்டேன்.

இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதால் அல்லது ஆய்வு தொடர்பாக ஏதேனும் பாதகமான விளைவுகளுக்கோ அல்லது காயங்களுக்காகவோ, பொருளாதார ரீதியாகவோ அல்லது இலவச சிகிச்சை என்ற பெயரிலோ எனக்கு இழப்பீடு எதுவும் வழங்கப்படாது என அறிந்து கொண்டேன்.

இது தொடர்பான வெளியீடுகளிலோ அல்லது மூன்றாம் நபருக்கோ எனது அடையாளங்கள் வெளிப்படுத்தப்படமாட்டாது என அறிந்துகொண்டேன்.

நான் தானாக முன் வந்து இந்த கணக்கெடுப்பில் பங்குபெற சம்மதிக்கிறேன்.

பெயர்:

கையொப்பம் / இடதுகை பெருவிரல் ரேகை:

தேதி:

சாட்சியாளரின் பெயர்:

கையொப்பம் / இடதுகை பெருவிரல் ரேகை:

பங்குபெறுபவரின் உறவு முறை:

தேதி: