

JEPeM-USM

JAWATANKUASA ETIKA PENYELIDIKAN (MANUSIA) – JEPeM USM

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

TEMPLATE BORANG MAKLUMAT DAN KEIZINAN PESERTA

TEMPLATE OF PARTICIPANT INFORMATION SHEET AND CONSENT FORM

(PROJEK PENYELIDIKAN)

(RESEARCH PROJECT)

**Borang Maklumat** **dan** **Keizinan Peserta** yang digunakan dalam Projek Penyelidikan mestilah mengikuti format maklumat berikut. Namun begitu pernyataan dan ayat yang digunakan hanyalah sebagai panduan sahaja.

***The Participant Infomation and Consent Form*** *used in the Research Project must be according to these information formats. However, statements and phrases used only as a guide.*

* Tajuk Kajian / *Topic of the Research*
* Pengenalan / *Introduction*
* Tujuan Kajian / *Purpose of the Study*
* Kelayakan Penyertaan / *Participants Criteria*
* Prosedur-prosedur Kajian / *Study Procedures*
* Risiko / *Risks*
* Melaporkan Pengalaman Kesihatan / *Reporting Health Experiences*
* Penyertaan dalam Kajian / *Participation in the Study*
* Manfaat yang Mungkin Diperolehi / *Possible Benefits*
* Soalan / *Questions*
* Kerahsiaan / *Confidentiality*
* Tandatangan / *Signatures*

Sebagai **CONTOH**, sila rujuk Borang Maklumat dan Keizinan Peserta yang dilampirkan.

*As an* ***EXAMPLE****, please refer to the attached Participant Infomation Sheet and Consent Form.*

**(Versi Bahasa Malaysia) / *(Bahasa Malaysia Version)***

1. **LAMPIRAN A**

**<Sila masukkan TAJUK KAJIAN>**

1. **LAMPIRAN S (Borang Keizinan Peserta)**
2. **LAMPIRAN G (Borang Keizinan Peserta – *Sampel Genetik*)**
3. **LAMPIRAN P (Borang Keizinan Penerbitan Bahan yang Berkaitan dengan Peserta)**

**(Versi Bahasa Inggeris) / *(English Version)***

1. **ATTACHMENT B**

**<Please add in the RESEARCH TITLE>**

1. **ATTACHMENT S (Participant Information and Consent Form)**
2. **ATTACHMENT G (Participant Information and Consent Form – *Genetic Sample*)**
3. **ATTACHMENT P (Participant’s Material Publication Consent Form)**

**CONTOH LAMPIRAN A**

**MAKLUMAT KAJIAN**

**Tajuk Kajian : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nama Penyelidik dan penyelidik bersama [sila sertakan no. Pendaftaran badan profesional (contoh MMC) sekiranya berkaitan :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# PENGENALAN

Anda [Anak/waris anda] adalah dipelawa untuk menyertai satu kajian penyelidikan [kajian intervensi] secara sukarela. Kajian ini adalah berkaitan......[tuliskan pengenalan skop kajian anda dalam bahasa yang mudah difahami oleh kumpulan sasaran anda]

Adalah penting bagi anda membaca dan memahami maklumat kajian sebelum anda bersetuju untuk menyertai kajian penyelidikan ini. Sekiranya anda menyertai kajian ini, anda akan menerima satu salinan borang ini untuk simpanan anda.

Penyertaan anda di dalam kajian ini dijangka mengambil masa ......[nyatakan jangkamasa bagi setiap peserta kajian perlu ikuti sehingga tamat pengumpulan data. Cth: bagi kajian melibatkan soalan kajiselidik sahaja ia adalah masa yang diambil bagi menjawab soalan tersebut. Seramai xxx orang dijangka akan menyertai kajian ini.

#### TUJUAN KAJIAN

Kajian ini bertujuan untuk ........[nyatakan tujuan atau semua objektif penyelidikan anda dengan bahasa yang mudah di fahami]

KELAYAKAN PENYERTAAN

Salah seorang kakitangan kajian akan membincangkan kelayakan untuk menyertai kajian ini. Adalah penting anda berterus terang kakitangan tersebut [Jika berkaitan boleh ditambah “termasuk sejarah kesihatan anda].

Kajian ini akan melibatkan individu yang .......[nyatakan kriteria pemilihan “inclusion criteria” kajian]

Kajian ini tidak akan melibatkan individu yang .......[nyatakan kriteria penolakan “exclusion criteria” kajian]

Jika peserta kajian adalah dipilih sebagai normal control, perlu dinyatakan definisi “inclusion criteria” dan “Exclusion criteria” sepertimana di atas.

#### PROSEDUR-PROSEDUR KAJIAN

Sila nyatakan setiap langkah atau prosedur yang perlu dilalui oleh setiap subjek sehingga akhir proses pengumpulan data

Bagi kajian yang menggunakan soalan kaji selidik, sila nyatakan dengan ringkas skop soalan yang akan di berikan, jumlah soalan dan anggaran jangkawaktu yang akan diambil

Bagi kajian yang melibatkan intervensi, mestilah di nyatakan dengan terperinci setiap intervensidan lawatan susulan yang akan dilakukan. Perlu juga dinyatakan pemilihan rawak kumpulan kawalan atau kajian intervensi jika berkaitan

##### RISIKO

*Nyatakan risiko (fizikal/emosi) yang mungkin di hadapi oleh subjek kajian sepanjang tempoh mengikuti kajian ini. Risiko mungkin juga melibatkan pasangan subjek (contohnya soalan berkaitan peranan ibubapa dalam mendidik anak anak di mana pasangan subjek juga memainkan peranan).*

Sila maklumkan kepada kakitangan kajian sekiranya anda menghadapi sebarang masalah atau mempunyai sebarang maklumat penting yang mungkin mengubah persetujuan anda untuk terus menyertai kajian ini.

MELAPORKAN PENGALAMAN KESIHATAN (Jika Kajian Melibatkan Kesihatan SAHAJA)

Sila hubungi kakitangan berikut pada bila-bila masa sekiranya anda mengalami sebarang masalah kesihatan, samada berkaitan atau tidak berkaitan dengan kajian ini.

Dr. <Nama Penyelidik> [No. Pendaftaran Penuh Majlis Perubatan Malaysia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ] di talian <No. Telefon> atau <No. H/P> secepat mungkin.

PENYERTAAN DALAM KAJIAN

Penyertaan anda dalam kajian ini adalah secara sukarela. Anda berhak menolak untuk menyertai kajian ini atau menamatkan penyertaan anda pada bila-bila masa, tanpa sebarang kehilangan manfaat yang sepatutnya anda perolehi.

Penyertaan anda juga mungkin boleh diberhentikan oleh kakitangan kajian ini tanpa persetujuan anda sekiranya anda didapati tidak sesuai untuk meneruskan kajian ini berdasarkan protokol kajian. Kakitangan kajian akan memaklumkan anda sekiranya anda perlu diberhentikan dari menyertai kajian ini.

MANFAAT YANG MUNGKIN [Manfaat terhadap Individu, Masyarakat, Universiti]

Prosedur kajian ini akan diberikan kepada anda tanpa kos. Anda boleh menerima maklumat tentang .....[nyatakan manfaat yang boleh diperolehi oleh peserta dengan mengikuti kajian ini seperti pemeriksaan kesihatan atau maklumat berkenaan skop kajian]

Hasil kajian ini diharapkan, dapat memberi manfaat kepada masyarakat umum untuk.....[nyatakan manfaat komuniti]

Anda tidak akan menerima sebarang pampasan kerana menyertai kajian ini. Namun sebarang keperluan perjalanan berkaitan dengan penyertaan ini akan diberikan.[SEKIRANYA BERKAITAN]

PERSOALAN

Sekiranya anda mempunyai sebarang soalan mengenai prosedur kajian ini atau hak-hak anda, sila hubungi;

<Nama Penyelidik> & <No. MMC>[jika berkaitan]

<Jabatan>

<Pusat Pengajian>

<USM Kampus Kesihatan>

<No. untuk dihubungi>

Sekiranya anda mempunyai sebarang soalan berkaitan kelulusan Etika atau sebarang pertanyaan dan masalah berkaitan kajian ini, sila hubungi;

En. Mohd Bazlan Hafidz Mukrim

Setiausaha Jawatankuasa Etika Penyelidikan (Manusia) USM

Bahagian Penyelidikan dan Inovasi (P&I)

USM Kampus Kesihatan.

No. Tel: 09-767 2354 / 09-767 2362

Email : [bazlan@usm.my](mailto:bazlan@usm.my) or jepem@usm.my

KERAHSIAAN

Maklumat yang anda berikan akan dirahsiakan oleh kakitangan kajian. Ianya tidak akan dedahkan secara umum melainkan jika ia dikehendaki oleh undang-undang.

Data yang diperolehi dari kajian ini tidak akan mengenalpasti anda secara perseorangan. Hasil kajian mungkin akan diterbitkan untuk tujuan perkongsian ilmu.

Semua borang kajian dan data yang anda berikan termasuk rekod perubatan anda [JIKA BERKAITAN] yang asal mungkin akan disemak oleh pihak penyelidik, Lembaga Etika kajian ini dan pihak berkuasa regulatori bagi tujuan mengesahkan prosedur dan/atau data kajian klinikal. Maklumat anda akan disimpan dalam komputer dan hanya kakitangan kajian yang dibolehkan sahaja dibenarkan untuk mendapatkan dan memproses data tersebut.

Dengan menandatangani borang persetujuan ini, anda membenarkan penelitian rekod, penyimpanan maklumat dan pemprosesan data seperti yang dihuraikan di atas.

TANDATANGAN

Untuk dimasukkan ke dalam kajian ini, anda atau wakil sah anda mesti menandatangani serta mencatatkan tarikh halaman tandatangan (Lihat contoh Borang Keizinan Peserta di LAMPIRAN S atau LAMPIRAN G (untuk sampel genetik) atau LAMPIRAN P).

LAMPIRAN S

Borang Keizinan Peserta

(Halaman Tandatangan)

***Tajuk Kajian:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Nama Penyelidik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Untuk menyertai kajian ini, anda atau wakil sah anda mesti menandatangani mukasurat ini. Dengan menandatangani mukasurat ini, saya mengesahkan yang berikut:

* Saya telah membaca semua maklumat dalam Borang Maklumat dan Keizinan Pesakit ini termasuk apa-apa maklumat berkaitan risiko yang ada dalam kajian dan saya telah pun diberi masa yang mencukupi untuk mempertimbangkan maklumat tersebut.
* Semua soalan-soalan saya telah dijawab dengan memuaskan.
* Saya, secara sukarela, bersetuju menyertai kajian penyelidikan ini, mematuhi segala prosedur kajian dan memberi maklumat yang diperlukan kepada doktor, para jururawat dan juga kakitangan lain yang berkaitan apabila diminta.
* Saya boleh menamatkan penyertaan saya dalam kajian ini pada bila-bila masa.
* Saya telah pun menerima satu salinan Borang Maklumat dan Keizinan Peserta untuk simpanan peribadi saya.

Nama Peserta

No. Kad Pengenalan Peserta

**Tandatangan Peserta** atau Wakil Sah **Tarikh** (dd/MM/yy)

(Masa jika perlu)

Nama & Tandatangan Individu yang Mengendalikan Tarikh (dd/MM/yy)

Perbincangan Keizinan

Nama Saksi dan Tandatangan Tarikh (dd/MM/yy)

Nota: i) Semua peserta yang mengambil bahagian dalam projek penyelidikan ini tidak dilindungi insuran.

LAMPIRAN G

Borang Keizinan Peserta untuk Pengambilan *Sampel Genetik*

(Halaman Tandatangan)

***Tajuk Kajian:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Nama Penyelidik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Untuk menyertai kajian ini, anda atau wakil sah anda mesti menandatangani mukasurat ini. Dengan menandatangani mukasurat ini, saya mengesahkan yang berikut:

* Saya telah membaca semua maklumat dalam Borang Maklumat dan Keizinan Pesakit ini termasuk apa-apa maklumat berkaitan risiko yang ada dalam kajian dan saya telah pun diberi masa yang mencukupi untuk mempertimbangkan maklumat tersebut.
* Semua soalan-soalan saya telah dijawab dengan memuaskan.
* Saya, secara sukarela, bersetuju menyertai kajian penyelidikan ini, mematuhi segala prosedur kajian dan memberi maklumat yang diperlukan kepada doktor, para jururawat dan juga kakitangan lain yang berkaitan apabila diminta.
* Saya boleh menamatkan penyertaan saya dalam kajian ini pada bila-bila masa.
* Saya telah pun menerima satu salinan Borang Maklumat dan Keizinan Peserta untuk simpanan peribadi saya.

Nama Peserta

No. Kad Pengenalan Peserta

**Tandatangan Peserta** atau Wakil Sah **Tarikh** (dd/MM/yy)

Masa (jika perlu)

Nama & Tandatangan Individu yang Mengendalikan Tarikh (dd/MM/yy)

Perbincangan Keizinan

Nama Saksi dan Tandatangan Tarikh (dd/MM/yy)

Nota: i) Lebihan sampel kajian ini akan dilupuskan dan tidak akan digunakan untuk tujuan lain kecuali setelah mendapat

kebenaran daripada Jawatankuasa Etika Penyelidikan (Manusia), USM.

ii) Semua peserta yang mengambil bahagian dalam projek penyelidikan ini tidak dilindungi insuran.

LAMPIRAN P

Borang Keizinan bagi Penerbitan Bahan yang berkaitan dengan Peserta Kajian

(Halaman Tandatangan)

***Tajuk Kajian:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Nama Penyelidik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Untuk menyertai kajian ini, anda atau wakil sah anda mesti menandatangani mukasurat ini.

Dengan menandatangani mukasurat ini, saya memahami yang berikut:

* Bahan yang akan diterbitkan tanpa dilampirkan dengan nama saya dan setiap percubaan yang akan dibuat untuk memastikan ketanpanamaan saya. Saya memahami, walaubagaimanapun, ketanpanamaan yang sempurna tidak dapat dijamin. Kemungkinan sesiapa yang menjaga saya di hospital atau saudara dapat mengenali saya.
* Bahan yang akan diterbitkan dalam penerbitan mingguan/bulanan/dwibulanan/suku tahunan/dwi tahunan merupakan satu penyebaran yang luas dan tersebar ke seluruh dunia. Kebanyakan penerbitan ini akan tersebar kepada doktor-doktor dan juga bukan doktor termasuk ahli sains dan ahli jurnal.
* Bahan tersebut juga akan dilampirkan pada laman web jurnal di seluruh dunia. Sesetengah laman web ini bebas dikunjungi oleh semua orang.
* Bahan tersebut juga akan digunakan sebagai penerbitan tempatan dan disampaikan oleh ramai doktor dan ahli sains di seluruh dunia.
* Bahan tersebut juga akan digunakan sebagai penerbitan buku oleh penerbit jurnal.
* Bahan tersebut tidak akan digunakan untuk pengiklanan ataupun bahan untuk membungkus.

Saya juga memberi keizinan bahawa bahan tersebut boleh digunakan sebagai penerbitan lain yang diminta oleh penerbit dengan kriteria berikut:

* Bahan tersebut tidak akan digunakan untuk pengiklanan atau bahan untuk membungkus.
* Bahan tersebut tidak akan digunakan di luar konteks – contohnya: Gambar tidak akan digunakan untuk menggambarkan sesuatu artikel yang tidak berkaitan dengan subjek dalam foto tersebut.

Nama Peserta

No. Kad Pengenalan Peserta T/tangan Peserta Tarikh (dd/MM/yy)

Nama & Tandatangan Individu yang Mengendalikan Tarikh (dd/MM/yy)

Perbincangan Keizinan

Nota: i) Semua peserta yang mengambil bahagian dalam projek penyelidikan ini tidak dilindungi insuran.

CONTOH ATTACHMENT B

RESEARCH INFORMATION

*Research Title:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Name of main and co-Researcher [please state professional bodies registration no. Eg: MMC no. If relevant]:*

#### INTRODUCTION

You [person under your care / guardian] are invited to take part voluntarily in a research [interventional research]. This research is about ... [introduce your research scope in a simple languange by avoiding techincal jargons appropriate for your research target subjects]

It is important that you read and understand this research information before agreeing to participate in this study. You will receive a copy of this form to keep for your records if you agree to participate.

Your participation in this study is expected to ...[state the estiamated time per subject to finish all data collection time] . This study is estimated to include up to xxx participants.

#### PURPOSE OF THE STUDY

The purpose of this study are to determine ....[state your research objectives in a simple language]

#### PARTICIPANTS CRITERIA

The research team members will discussed your eligibility to participate in this study. It is important that you are completely truthful with the staff including your health history [if relevant ONLY].

This study will include individual who are.....[state your inclusion criteria, simplfy whenever possible]

This study will not incude individual who are ....[state your exclusion criteria, simplfy whenever possible]

If the participant is selected as a “normal control” then it should state clearly on the inclusion and exclusion criteria using the similar template as above

STUDY PROCEDURES

*State in detail ALL steps that had to be taken or done to EACH subjects until the end of the data collection process.*

*For a questionnaire based research, state briefly the scope of the question to be provided, total number of questions ask and estimated time required to fill in the questionnaire*

*For an interventional study, please state in detail on the intervention that the subject will received including all the required visit expected. It is also important to note that the allocation of subject to either control or intervention group are done randomly or randomization method used.*

RISKS

*State the possible risk that may arise from their participation in your study. Risk may include the direct risk to the participants or their partner / spouse*

REPORTING HEALTH EXPERIENCES.

Please contact, at any time, the following researcher if you experience any health problem either directly or indirectly related to this study.

Dr. <researcher name> [MMC Registration No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] at <phone No.> or <H/P No.>.

#### PARTICIPATION IN THE STUDY

Your taking part in this study is entirely voluntary. You may refuse to take part in the study or you may stop your participation in the study at anytime, without any penalty or loss of benefits to which you are otherwise entitled. Your participation also may be stopped by the research team without your consent if in any form you have violated the study eligibility criteria. The research team member will discussed with you if the matter arises.

#### POSSIBLE BENEFITS [Benefit to Individual, Community, University]

*State the possible benefit that the participants will received from participating in this study.*

This study finding may benefit the community by....

You will not recieve any compensation from this study. However you may get reimbursement for your travelling cost while in the study duration [if relevant]

#### QUESTIONS

If you have any question about this study or your rights, please contact;

<Name of Researcher> & <No. MMC>

<Department of>

<School>

<USM Health Campus>

<Contact No. Office > <Contact No. HP>

If you have any questions regarding the Ethical Approval or any issue / problem related to this study, please contact;

Mr. Mohd Bazlan Hafidz Mukrim

Secretary of Human Research Ethics Committee USM

Division of Research & Innovation (R&I)

USM Health Campus

Tel. No. : 09-767 2354 / 09-767 2362

Email : [bazlan@usm.my](mailto:bazlan@usm.my) [or jepem@usm.my](mailto:or%20jepem@usm.my)

#### CONFIDENTIALITY

Your information will be kept confidential by the researchers and will not be made publicly available unless disclosure is required by law.

Data obtained from this study that does not identify you individually will be published for knowledge purposes.

Your original records may be reviewed by the researcher, the Ethical Review Board for this study, and regulatory authorities for the purpose of verifying the study procedures and/or data. Your information may be held and processed on a computer. Only research team members are authorized to access your information.

By signing this consent form, you authorize the record review, information storage and data process described above.

#### SIGNATURES

To be entered into the study, you or a legal representative must sign and data the signature page [ATTACHMENT S or ATTACHMENT G (for genetic sample only) or ATTACHMENT P]

ATTACHMENT S

Subject Information and Consent Form

(Signature Page)

*Research Title:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Researcher’s Name:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

To become a part this study, you or your legal representative must sign this page. By signing this page, I am confirming the following:

* I have read all of the information in this Patient Information and Consent Form including any information regarding the risk in this study and I have had time to think about it.
* All of my questions have been answered to my satisfaction.
* I voluntarily agree to be part of this research study, to follow the study procedures, and to provide necessary information to the doctor, nurses, or other staff members, as requested.
* I may freely choose to stop being a part of this study at anytime.
* I have received a copy of this Participant Information and Consent Form to keep for myself.

Participant Name

Participant I.C No

Signature of Participant or Legal Representative Date (dd/MM/yy)

Name of Individual

Conducting Consent Discussion

Signature of Individual Date (dd/MM/yy)

Conducting Consent Discussion

Name & Signature of Witness Date (dd/MM/yy)

Note: i) All participants who are involved in this study will not be covered by insurance.

ATTACHMENT G

Subject Information and Consent Form

(Signature Page – Genetic Sample)

*Research Title:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Researcher’s Name:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

To become a part this study, you or your legal representative must sign this page. By signing this page, I am confirming the following:

* I have read all of the information in this Patient Information and Consent Form including any information regarding the risk in this study and I have had time to think about it.
* All of my questions have been answered to my satisfaction.
* I voluntarily agree to be part of this research study, to follow the study procedures, and to provide necessary information to the doctor, nurses, or other staff members, as requested.
* I may freely choose to stop being a part of this study at anytime.
* I have received a copy of this Participant Information and Consent Form to keep for myself.

Participant Name

Participant I.C No.

Signature of Participant or Legal Representative Date (dd/MM/yy)

Name of Individual

conducting Consent Discussion

Signature of Individual Date (dd/MM/yy)

Conducting Consent Discussion

Name & Signature of Witness Date (dd/MM/yy)

Note: i) All participants who are involved in this study will not be covered by insurance.

ii) Excess samples from this research will not be used for other reasons and will be destroyed with the consent from the Human Research Ethics Committee, USM.

ATTACHMENT P

Participant’s Material Publication Consent Form

Signature Page

*Research Title:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Researcher’s Name:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

To become a part this study, you or your legal representative must sign this page.

By signing this page, I am confirming the following:

* I understood that my name will not appear on the materials published and there has been efforts to make sure that the privacy of my name is kept confidential although the confidentiality is not completely guaranteed due to unexpected circumstances.
* I have read the materials or general description of what the material contains and reviewed all photographs and figures in which I am included that could be published.
* I have been offered the opportunity to read the manuscript and to see all materials in which I am included, but have waived my right to do so.
* All the published materials will be shared among the medical practitioners, scientists and journalist world wide.
* The materials will also be used in local publications, book publications and accessed by many local and international doctors world wide.
* I hereby agree and allow the materials to be used in other publications required by other publishers with these conditions:
* The materials will not be used as advertisement purposes nor as packaging materials.
* The materials will not be used out of contex – i.e.: Sample pictures will not be used in an article which is unrelated subject to the picture.

Participant Name

Participant I.C No. Participant’s Signature Date (dd/MM/yy)

Name and Signature of Individual Date (dd/MM/yy)

Conducting Consent Discussion

Note: i) All participants who are involved in this study will not be covered by insurance.