**ANNEX A3. Information sheet and consent form for inter-observer assessment of CL skin lesions**

***Title of Project: Improving experiences and outcomes for individuals with severe stigmatising skin diseases: Measurements and examination of skin lesions in Cutaneous Leishmaniasis in Ethiopia***

***Skin Health Africa Research Programme (SHARP) Ethiopia***

**Introduction**

We would like to invite you to participate in a research focusing on patients affected by cutaneous leishmaniasis. Joining the study is entirely up to you. Before you decide, you need to understand why the research is being done and what it would involve. I will read and give you a copy of this information sheet and go through it with you, and answer any questions you may have. If you agree to take part, we will then ask you to sign a consent form.

**What is research?**

Research is work designed to gather new information about a condition in order to answer questions, which may lead to improvements in how we manage and treat the condition.

**Who are the researchers?**

Researchers from the Addis Ababa University, the Armauer Hansen Research Institute and ALERT hospital here in Ethiopia as well as from the London School of Hygiene & Tropical Medicine in the United Kingdom are conducting research into a skin disease known as cutaneous leishmaniasis (CL).

**What is cutaneous leishmaniasis?**

CL is caused by an infection transmitted after the bite of a sand-fly. We know CL affects many people in Ethiopia. CL causes scarring which may affect quality of life. CL may result in expenses for people and their families.

The infection causing CL is treatable and the different available treatments will be discussed with you by your doctor.

**What do we hope to learn from the research?**

We wish to compare different health care workers examination of skin lesions of CL. Finding answers to these questions will improve the assessment of people affected by CL in Ethiopia.

**Why have you been asked to participate?**

You have been invited to participate in this study because you have been diagnosed with CL

**Do you have to participate? Can you change your mind about taking part?**

It is up to you whether to decide to participate or not. If you don’t want to take part, that’s ok. You are free to stop participating in this study at any time for any reason. If you decide not to participate in this research, it will not influence your access to healthcare services now or in the future. If you withdraw from the study, we will keep any information you have provided to us confidential and exclude it from our analyses and publications.

**What will you have to do and what will happen to you if you take part?**

We are inviting you to participate in an exercise where 12 different health care workers (dermatologist, trainee in dermatology, dermatology nurses, and General Practitioners) will examine your skin lesions, separately. They will record the size, shape and appearance of your skin lesion (or lesions if you have more than one). The examination will take place in a private setting in the presence of a chaperone of the same sex as you. You will be examined by one health care worker at a time with a break in between examinations. The affected area of skin will need to be examined. You will not be required to undress fully. The examination will not be uncomfortable. It is anticipated that the exercise will take a whole morning or afternoon.

**What are the possible risks and disadvantages?**

The examinations will take up some of your time. We do not expect this will be uncomfortable, but if you feel any discomfort, please let us know and we will stop.

**What are the possible benefits?**

The information you provide will help us design and evaluate assessments aimed at improving experiences for people with CL in your community and in other countries.

**What will happen to information collected about you?**

All information collected about you will be kept private and it will not be shared with anyone else. Only a small number of researchers within the study team in Ethiopia and at the London School of Hygiene & Tropical Medicine will be allowed to look at information about you. At the end of the project, the anonymised study data will be kept in an online data repository. The data will be made available to other researchers worldwide for research and to improve medical knowledge and patient care. However, your personal information will not be included and there is no way that you can be identified.

**What will happen to the results of this study?**

The study results will be shared with you and people studying the disease and those responsible for decisions about treatment. The results will be published in scientific journals so that other researchers can learn from them. Your personal information will not be included in the study reports.

**Who has reviewed this study?**

All research involving human participants is looked at by an independent group of people, called a Research Ethics Committee, to protect your interests. This study has been reviewed and approved by The London School of Hygiene & Tropical Medicine’s Research Ethics Committee. The Ethiopian National Research Ethics Review Committee, the Amhara regional state Public Health Institute research ethics review committee and the AHRI/ALERT ethics committee has reviewed the study and have agreed that it is okay to ask people to take part.

**Will you be paid?**

You will not receive any cash or other incentives for participating in this study. Since the researcher will meet you in hospital during your stay or visit, we do not anticipate that you will incur any additional expenditure or loss of wages by participation. We will agree to meet any out-of-pocket expenditures you may incur, up to 100 birr towards transport and a meal during the study period.

**Further information and contact details**

Thank you for taking time to read this information sheet. If you would like to participate in the study please read and sign the consent form. If you have any questions or concerns, you can ask the researchers who will do their best to answer your questions. You may also contact any of the Study Investigators listed below[[1]](#footnote-1):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Investigator** | **Title** | **Institution**  | **Telephone Contact** |
| Endalamaw Gadisa | Senior NTD Researcher and study co-PI | Armauer Hansen Research Institute | +251911868827 |
| Mirgissa Kaba | Associate professor and co-PI | Addis Ababa University | +251911213631  |
| Steve Walker | Consultant Dermatologist Associate Professor and study co-PI | The London School of Hygiene & Tropical Medicine | +44 2079272457 |

If you wish to complain formally, you can do this by contacting Patricia Henley (Head of Research Governance and Integrity at the London School of Hygiene & Tropical Medicine) at rgio@lshtm.ac.uk or +44 (0) 20 7927 2626 and AHRI/ALERT ethics review office at 0118962183.

**Patient Consent form for inter-observer assessment of CL skin lesions**

**Title of Project: Improving experiences and outcomes for individuals with severe stigmatising skin diseases: Cutaneous Leishmaniasis Cohort Study in Ethiopia**

**Skin Health Africa Research Programme (SHARP) Ethiopia**

**Name of PI/Researcher responsible for project:** Prof. Steve Walker / Dr Endalamaw Gadisa

|  |  |
| --- | --- |
| **Statement**  | **Please initial or thumbprint\* each box** |
| I confirm that I have read the information sheet for the above-named study **OR** I have had the information explained to by study personnel in a language that I understand.  |  |
| I have had the opportunity to consider the information, ask questions and have these answered satisfactorily.  |  |
| I understand that my participation is voluntary and that I am free to withdraw at any time without giving any reason, without my medical care or legal rights being affected. |  |
| I understand that relevant sections of my medical notes and data collected during the study may be looked at by authorised individuals from the research team. I give permission for these individuals to have access to my records. |  |
| I understand that data about/from me may be shared via a public data repository or by sharing directly with other researchers to support other research in the future, and that I will not be identifiable from this information |  |
| I consent to photographs being taken of my CL skin lesion for the research assessment.  |  |
| I agree to take part in the above-named study |  |
| **OPTIONAL**I hereby confirm that I give consent for the photographs to be taken of me. I understand the material has educational value. I consent to the material being shown to appropriate professional staff and used in educational publications, journals, textbooks and used in any other form or medium including all forms of electronic publication or distribution anywhere in the world. As a result, I understand that the material may be seen by the general public. All or part of the material may be used in conjunction with other photographs, drawings, videotape images, sound recordings or other forms of illustration. Efforts will be made to conceal my identity but full confidentiality is not guaranteed. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 Name of participant Signature of participant Date

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 Name of impartial witness\* Signature of impartial witness\* Date

e

I attest that I have explained the study information accurately in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and was understood to the best of my knowledge by the participant and that he/she has freely given their consent to participate in the presence of the above named impartial witness (where applicable)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 Name of person obtaining consent Signature of person obtaining consent Date

[\*Only required if the participant is unable to read or write.]

**One copy of this signed informed consent document to be kept to the participant and one copy to be filed securely**

**ANNEX A3. የመረጃ ቅጽ እና የፈቃደኝነት መግለጫ ቅጽ የቁንጭር ምልክቶችን የመመርመር ግምገማ ላይ ለሚሳተፉ-አዋቂዎች**

የጥናቱ ርዕስ፡ *አድሎና መገለል የሚያስከትሉ የቆዳ በሽታ የታየባቸው ግለሰቦች የመዳን አጋጣሚን (outcome) ና ማህበራዊ ግንኙነት/ተሳትፎ (experience) ማሻሻል፡- የቁንጭር በሸታ ያለባቸው ህሙማን ሰብስብ ላይ የሚደረግ ተከታታይ ጥናት*

**መግቢያ**

በመጀመሪያም በዚህ የቁንጭር በሽታ ላይ በሚያተኩር ጥናት ላይ እንዲሳተፉ እንጋብዞታለን ::ነገርግን እዚህ ጥናት ላይ የመሳተፍ ፍላጎት በእርሶ ይወሰናል:: ይህን ከመወሰኖ በፊት ግን ይሄ ጥናት ለምን እየተሰራ እንደሆነ እና ምን ምን በውስጡ እንደሚይዝ መረዳት ስላለብዎት መረጃ ቅጹን አነብሎታለሁ፡፡ ከዚህ በተጨማሪ ቅጹን ለራስዎ ሰጥቼዎት ጥያቄ ካለዎት አብረን እናየዋለን :: ከዚም በመቀጠል ከተስማሙ የፍቃደኛነት መግለጫ ቅፅ እንዲፈርሙ እንጠይቆታለን፡፡

**ምርምር ማለት ምን ማለት ነው?**

ምርምር ስለ አንድ ሁኔታ (በሽታ)አዳዲስ መረጃዎችን በመሰብሰብና ጥያቄዎች በመመለስ ሁኔታውን (በሽታውን) የምናክምበትንና የምንከላከልበትን ወይም የምንቆጣጠርበትን መንገድ ማሻሻል ነው፡፡

**ምርምሩን የሚያካሂዱት (ተመራማሪዎቹ) እነማን ናቸው ?**

ከኢትዮጵያ አዲስ አበባ ዩኒቨርስቲ፣ አርማውር ሀንሰን የጥናት ተቋምና አለርት ሆስፒታል ፣ ከ ለንደን ስኩል ኦፍ ሀይጂን እና ትሮፒካል ሜዲስን የተውጣጡ ተመራማሪዎች በመተባበር ቁንጭር በተባለው የቆዳ በሽታ ላይ ምርምሩን ያካሂዳሉ፡፡

**ቁንጭር ምንድነው ?**

ቁንጭር ሳንድ ፍላይ በምትባል የትንኝ ዘር ንክሻ የሚተላለፍ በሽታ ነው፡፡ ቁንጭር በኢትዮጵያ ብዙ ሰዎችን ያጠቃል፡፡ ጠባሳም ስለሚያስከትል የአኗኗር ደረጃን ሊዛባ ይችላል፡፡ ቁንጭር በታማሚውና በቤተሰቡ ላይ ተጨማሪ ወጪ ሊያስከትል ይችላል፡፡ ቁንጭር በህክምና የሚድን በሽታ ሲሆን የተለያዩ የህክምና አማራጮችን ሃኪምዎ ያወያይዎታል፡፡

**ከዚህ ምርምር ምን ለመማር ተስፋ እናደርጋለን?**

የተለያዩ የጤና ባለሙያዎች የቁንጭር በሽታን እንዲለዩ በመጠየቅ ማነፃፀር እንፈልጋለን፡፡ ለነዚህ ጥያቄዎች መልስ ማግኘት ቁንጭር ያለባቸውን ሰዎች በተሻለ ሁኔታ ለመመርመር ያስችላል፡፡

 **ለምን እርስዎ እዚህ ጥናት ላይ እንዲሳተፉ ተጠየቁ ?**

እርስዎ በዚህ ጥናት እንዲሳተፉ የተጠየቁት የቁንጭር በሽታ እንዳለብዎት ስለተረጋገጠ ነው፡፡

**መሳተፍ አለቦትን? ሃሳቦንስ መቀየር ይችላሉን?**

በጥናቱ ላይ ያለመሳተፍ ሙሉ መብት አሎዎት፡፡ ለመሳተፍ ፍቃደኛ ከሆኑ በኋላም በፈለጉት ጊዜ በየትኛውም ምክንያት ማቆም ወይም ማቋረጥ ይችላሉ፡፡ በጥናቱ አለመሳተፍዎ ከጤና ተቋማት የሚያገኙትን አገልግሎት ላይ አሁንም ሆነ ወደፊት ምንም አይነት ተጽኖ አያደርስም :: ከጥናቱ አቋርጠው ከወጡ ከርሶ የተሰበሰቡ መረጃዎች በሚሥጥር ይያዛሉ፤ አይተነተኑም ለምንም አይነት የመረጃ ልውውጥ ወይም ህትመት ጥቅም ላይ አይውሉም፡፡

**እርስዎ ምን ማድረግ ይጠበቅቦታል?**

በእርስዎ ላይ ያሉትን የቁንጭር በሽታ ምልክቶች 12 የተለያዩ የጤና ባለሙያዎች (የቆዳ ስፔሻሊስት ሃኪሞችህ፣ የቆዳ ስፔሻላይዝ የሚያደርጉ ሃኪሞች፣ የቆዳ ህክምና ነርሶች እና አጠቃላይ ሃኪሞች) ለየብቻቸው ለመመርመር እንዲችሉ እርስዎ በሂደቱ እንዲሳተፉ እንጠይቆታለን፡፡ ባለሙያዎቹ የቁንጭር በሽታ ምልክቱን (ምልክቶቸን ከአንድ በላይ ከሆኑ) መጠን፣ ቅርጽና ሁኔታ ይመዘግባሉ፡፡ ምርመራው የሚካሄደው በተከለለ ቦታና በጾታ የሚመሳሰልዎ ፣ሁኔታውን በቅርብ የሚከታተል ሰው ባለበት ይሆናል፡፡ እያንዳንዱ ባለሙያ በየተራ ምርመራ የሚያደርግሎት ሲሆን በመሃል እረፍት ይኖራል። በበሽታው የተጎዳው የሰውነትዎ ክፍል ይመረመራል፡፡ ሙሉ በሙሉ ልብስዎን እነዲያወልቁ አይደረግም፡፡ ምርመራው ምቾትዎን የሚቀንስ አይሆንም፡፡ ይህ ምርምራ አንድ ሙሉ ጠዋት ወይም አንድ ሙሉ ከሰዓት ሊወስድ ይችላል፡፡

**እዚህ ጥናት ውስጥ ሊከሰቱ የሚችሉ ጉዳት እና ስጋት ምን ምን ናቸው?**

ምርመራው የተወሰነ ግዜዎትን ይወስዳል፡፡ ይህም ምቾትዎን ይነሳል ብለን አናስብም። ምቾት የሚነሳዎት ከሆነ ግን ወዲያውኑ ያሳውቁን እናቋርጣለን፡፡

**ሊገኙ የሚችሉ ጥቅሞች ምን ምን ናቸው?**

በሚሰጡን መረጃ በእርስዎ ማህበረሰብም ሆነ በሌላ ሀገር ላሉ ከላይ በተጠቀሱት የቆዳ በሽታ ተጠቂዎች የእለት ተእለት ተሞክሮአቸውን እንድናሻሽል ውጤት ሊያመጡ የሚችሉ ተግባር(ድርጊቶችን) እንድንነድፍ እና እንድንገመግም ይረዳናል ::

**ስለ እርስዎ የተሰበሰቡ መረጃዎች ምን ይደረጋሉ?**

ስለ እርስዎ የተሰበሰቡ ሁሉም መረጃዎች በጥንቃቄ ይቀመጣሉ፣ ለማንም አይጋሩም፡፡ የጥናት ቡድኑ አባላት የሆኑና በኢትዮጵያና በለንደን የሚገኙ የተወሰኑ ተመራማሪዎች ብቻ የርስዎን መረጃ እንዲመለከቱ ይፈቀድላቸዋል፡፡ የጥናቱ ማብቂያ ላይ የርስዎ የግል መረጃ የሌለበት ከጥናቱ የተገኘ መረጃ በበየነ መረብ የመረጃ ማስቀመጫ ላይ እነዲቀመጥ ይደረጋል፡፡ ለሌሎች በዓለም ላሉ ተመራማሪዎችም እንዲያገኙት ይደረጋል ይህም በህክምና ዙሪያ ያለውን ዕውቀትና የህሙማን እንክብካቤ ለማሻሻል ይረዳል፡፡ ሆኖም ምንም ዓይነት የግል መረጃዎ አይካተትም እርስዎ መሆንዎ የሚታወቅበት መንገድም የለም፡፡

**ከጥናቱ የሚገኙ ውጤቶች ምን ይደረጋሉ?**

ከዚህ ጥናት የሚገኙ ጥናቶች ለርስዎ፣ በበሽታው ጥናት ለሚያካሂዱ ሰዎች እንዲሁም ስለ ህክምናው ውሳኔ የማስተላለፍ ሃላፊነት ላላቸው ሰዎች እንዲያውቀት ይደረጋል፡፡ የጥናቱን ውጤቶች ሌሎች ተመራማዎች ትምህርት እንዲወስዱባቸው በሳይንሳዊ መጽሄቶች ይታተማሉ፡፡ የርስዎን የግል መረጃ የተመለከተ ነገር አይካተትም፡፡

**ይህንን ጥናት ማን ገመገመው?**

ማንኛውም ሰዎችን የሚያሳትፍ ጥናት የምርምር ተሳታፊዎችን ፍላጎት ለመጠበቅ የምርምር ሥነምግባር ኮሚቴ በሚባል ገለልተኛ በሆነ አካል ይገመገማል፡፡ ይህም ጥናት ለንደን ስኩል ኦፍ ሃይጅንና ትሮፒካ ሜዲስን የምርምር ሥነምግባር ኮሚቴ እንዲሁም የኢትዮጵያ ብሄራዊ የምርምር ሥነምግባር ኮሚቴ፣ የአማራ ክልል የህብረተሰብ ጤና ኢንስቲትዩት የምርምር ሥነምግባር ኮሚቴ እና የአህሪ-አለርት የምርምር ሥነምግባር ኮሚቴ ገምግመው ሰዎች በዚህ ጥናት እንዲሳተፉ መጠየቅ ችግር እንደሌለው ተስማምተዋል፡፡

**ክፍያ ይኖረዋል ወይ?**

በዚህ ጥናት በመሳተፍዎ የሚከፈልዎ ምንም ክፍያም ሆነ ማበረታቻ አይኖርም፡፡ የዚህ ጥናት ተመራማሪዎች የሚያገኝዎ በሆስፒታል ውስጥ እያሉ ስለሆነ ተጨማሪ ወጪ ወይም ኪሳራ ይገጥምዎታል ብለን አናስብም፡፡ በዚህ ጥናት ወቅት ከኪስዎ ያወጡት የትራንስፖርት ወይም የምግብ ወጪ እስከ 100 ብር ድረስ ለመተካት እንስማማለን፡፡

**ተጨማሪ መረጃ እና የተመራማሪዎቹ አድራሻ?**

ይህን የመረጃ ገጽ ስለተረዱን/ስላነበቡት እናመሰግናለን:: እዚህ ጥናት ላይ ለመሳተፍ ፍቃደኛ ከሆኑ ይህን የፍቃደኝነት ፎርም ይሙሉ:: ያልተመለሰሎት ሌላ ጥያቄ ካለ በፈለጉበት ጊዜ መጠየቅ ይችላሉ:: ስለ ጥናቱ ተጨማሪ ማብራሪያ ከፈለጉ ከስር ከተዘረዘሩት ተመራማሪዎች ለአንዱ/ሁሉም በመደወል መጠየቅ ይችላሉ፡፡

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ተመራማሪ | የስራ ድርሻ | ተቋም | የስልክ አድራሻ |
| እንዳለማው ጋዲሳ | መሪ ተመራማሪ እና የዚህ ጥናት ም/ዋና ተመራማሪ | አርማወር ሀንሰን የምርምር ተቋም (አህሪ) | +251911868827 |
| ሚርጌሳ ካባ | ተ/ፕሮፌሰር በአአዩ፣ የዚህ ጥናት ዋና ተመራማሪ  | አዲስ አበባ ዩኒቨርስቲ (አአዩ) | +251911213631  |
| ስቲቭ ዎከር |  የቆዳ ህክምና አማካሪ ና ተ/ፕሮፌሰር እና የዚህ ጥናት ዋና ተመራማሪ | በለንደን ስኩል ኦፍ ሀይጂን እና ትሮፒካል ሜዲስን  | +44 2079272457 |

እርስዎ በዚህ ጥናት ዙሪያ ምንም አይነት ቅሬታ ካልዎት፤ የጥናቱ ተመራማሪዎች እንዲመልስልዎት ማድረግ ይቻላል ነገር ግን እጥጋቢ መስልዎ ካልተሰማዎት እና ቅሬታ ማቅረብ ከፈለጉ ፣ ፓትሪሺያ ሄነሊ (በ ለስሃትሜ የጥናት አሰራር እና ታማኝነት ዋና ሀላፊ ) በ rgio@lshtm.ac.uk or +44 (0) 20 7927 2626 ወይም የአህሪ/የአለርት ስነ ምግባር ኮሚቴ 0118962183 ይደውሉ::

**የተሳታፊዎች የፈቃደኝነት መግለጫ ቅጽ**

**የጥናቱ ርዕስ፡** *አድሎና መገለል የሚያስከትሉ የቆዳ በሽታ የታየባቸው ግለሰቦች የመዳን አጋጣሚን (outcome) ና ማህበራዊ ግንኙነት/ተሳትፎ (experience) ማሻሻል፡- የቁንጭር በሸታ ያለባቸው ህሙማን ሰብስብ ላይ የሚደረግ ተከታታይ ጥናት*

***የዋና አጥኚው ስም/ የፕሮጀክቱ ኃላፊ፡ ፕሮፌሰር ስቲቭ ዎከር/ ዶ/ር እንዳላማው ጋዲሳ***

|  |  |
| --- | --- |
| ዝርዝር ሃሳቦች | በጣት አሻራ/ በመጻፍ በሁሉም ሳጥን ምልክት ያድርጉ  |
| ከላይ ስለተጠቀሰው ጥናት የመረጃ ቅፁን አንብቤ ወይም የጥናቱ ባለሙያዎች በሚገባኝ ቋንቋ ባደረጉልኝ ገለጻ መሰረት መረዳቴን አረጋግጣለሁ፡፡ |  |
| የተሰጠኝን መረጃ እንዳስብበት፣ ያልገባኝን እንድጠይቅ እና ጥያቄዎቼ በአግባቡ እንዲመለሱ እድል አግኝቻለሁ፡፡ |  |
| በጥናቱ የምሳተፈው በሙሉ ፍቃደኝነት እንደሆነና በማንኛዉም ሰዓት ምክንያቴን መግለፅ ሳያሰፈልገኝ ጥናቱን ባቋርጥ በህክምናየም ሆነ በህጋዊ መብቴ ላይ ምንም አይነት ተፅዕኖ እንደምይፈጥር ተረድቻለሁ፡፡  |  |
| ከህክምና መረጃዬ አስፈላጊ የሆነው ክፍልና በጥናቱ ጊዜ የሚወሰዱ መረጃዎች ፈቃድ በተሰጣቸው የጥናቱ ቡድን አባላት ሊታዩ እንደሚችሉ ተረድቻለሁ፡፡ እነዚህ ግለሰቦች የህክምና መዝገቤን ማየት እንዲችሉ ፈቃዴን ሰጥቻለሁ፡፡ |  |
| ማንነቴን በማይገልጽ መልኩ ስለእኔ/ከኔ የሚሰበሰቡ መረጃዎች በማህበረዊ የመረጃ ቋቶች ሊሰራጩ አንደሚችሉ ወይም ለወደፊት ምርምር ይጠቅሙ ዘንድ በቀጥታ ለሌሎች ተመራማሪዎች ተላልፈው ሊሰጡ እንደሚችሉ ተረድቻለሁ፡፡ |  |
| በዚህ ጥናት ውስጥ ለመሳተፍ እና የጥናቱ ተመራማሪዎች ቃለመጠይቁን እዚህ የፈቃደኝነት መግለጫ ቅጽ ላይ እንደተጠቀሰው እንዲቀርጹ ተስማምቻለሁ፡፡ |  |
| በሚታሙ የጥናቱ ሪፖርቶች ውስጥ ማንነቴን የሚገልጹ መረጃ በሌሉበት ለመጠቀስ እስማማለሁ፡፡ |  |
| ፎቶዎቼ እንዲወሰዱና ስሜ ሳይጠቀስ ለምርምሩ ሪፖርት ወይም ለምርምሩ ማስተዋወቂያነት ጥቅም ላይ እንዲውሉ ፈቃደኛ ነኝ፡፡ |  |
| ከላይ በተጠቀሰው ጥናት ውስጥ ለመሳተፍ ተስማምቻለሁ፡፡ |  |
| በምርጫፎቶዎች እንዲወሰዱ ፈቃደኘነቴን አረጋግጣለሁ፡፡ ለትምህርት መስጫነት ሊያገለግሉ ስለሚችሉ በባለሙያዎች እንዲታዩና፣ በትምህርታዊ ህትመቶች፣ መጽሄቶች፣ የትምህርት መጻህፍቶች ጥቅም ላይ እንዲውሉ እነዲሁም በተለያዩ የመገናኛ መንገዶች በዓለም ደረጃ እንዲታተሙ ወይም እንዲሰራጩ ፈቃደኝነቴን አረጋግጣለሁ፡፡ ይህም ሲሆን በህዝብ ሊታይ እንደሚችል እረዳለሁ፡፡ የተወሰደው ሙሉ ፎቶ ወይም በከፊል ከሌሎች ፎቶዎች፣ ስዕሎች፣ ሌሎች የቪዲዮ ምስሎች፣ የድምጽ ቅጂዎች ወይም ከሌላ ስዕላዊ መግለጫዎች ጋር በቅንጅት ጥቅም ላይ ሊውል ይችላል፡፡በዚህ ጊዜ ማንነትንን በሚስጥር ለመጠበቅ ሁሉም ጥረት ይደረጋል ሆኖም ሙሉ መተማመኛ መስጠት እይቻልም፡፡ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 የተሳታፊው ስም የተሳታው ፊርማ ቀን

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 የዕማኝ ስም \* የዕማኝ ፊርማ ቀን

ስለ ጥናቱ ትክክለኛ ማብራርያ በ---------------------------------- መስጠቴን እና እኔ እስከማውቀው ድረስ ተሳታፊው መረዳቱን አረጋግጣለሁ

 እንዲሁም እሱ/እሷ

ለመሳተፍ ፈቃደኝነታቸውን የገለጹት በነጻነት መሆኑን ከላይ በተጠቀሰው ዕማኝ ፊት (አስፈላጊ ሆኖ ሲገኝ) አረጋግጣለሁ፡፡

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_የፍቃደኝነት ቃል የተቀበለው ሰው ስም  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_የፍቃደኝነት ቃል የተቀበለው ሰው ፊርማ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ቀን |

 [\*ተሳታፊው ማንበብና መጻፍ የማይችል ከሆነ ብቻ]

 ማ**ሳሰቢያ፡** ይህ የተፈረመበት የፍቃደኝነት ፎርም አንዱ ለተሰታፊው/ዋ አንዱ ደግሞ በጥንቃቄ ለጥናቱ ፋይል ይግባ፡፡

1. Contact details of the research focal person in the study site will provided as soon as he/she is recruited. [↑](#footnote-ref-1)