



# हेमचंद यादव विश्वविद्यालय, दुर्ग (छ.ग.)

(छत्तीसगढ़ शासन के अधिनियम क. 16/2015 द्वारा स्थापित)

रायपुर नाका, दुर्ग (छ.ग.) - 491001

Email: [phd@durguniversity.ac.in](mailto:phd@durguniversity.ac.in), Website: [www.durguniversity.ac.in](http://www.durguniversity.ac.in), Phone - 0788-2359100

क्र. 2447/शोध/2023

दुर्ग, दिनांक 18/08/2023

## ॥ सूचना ॥

विषय पी-एच. डी. कोर्स वर्क परीक्षा 2023 में उत्तीर्ण शोधार्थी या परीक्षा से छूट प्राप्त शोधार्थी/ऐसे शोधार्थी, जिन्हें आगामी शोध उपाधि समिति में सम्मिलित होने की अनुशंसा की गई हो/ ऐसे शोधार्थी जो किसी कारणवश पूर्व सत्र 2022 में आयोजित इथीकल कमेटी की बैठक में विश्वविद्यालय को सूचित करने उपरांत शामिल नहीं हो पाए थे, को सूचित किया जाता है कि इथीकल कमेटी की बैठक हेतु निम्नानुसार उल्लेखित दस्तावेजों (प्रारूप संलग्न) को विश्वविद्यालय में जमा करने संबंधित तैयारी रखें। इन दस्तावेजों को शोध निर्देशक से प्रमाणित कराने उपरांत अनिवार्य रूप से पी-एच. डी. प्रकोष्ठ में जमा किया जाना होगा, जिसकी सूचना पृथक से जारी की जाएगी। दस्तावेज (संलग्न) निम्नानुसार हैं :-

1. इथीकल कमेटी की बैठक में शामिल होने वाले पी-एच.डी. शोधार्थी हेतु स्वप्रमाणित घोषणा-पत्र
2. मॉडल फॉर्म
3. प्रतिभागी का सूचित नमूना सहमति पत्र जैसे पालक, प्राचार्य, जिला शिक्षा अधिकारी का सूचित सहमति पत्र (आवश्यकतानुसार हिन्दी या अंग्रेजी में)
4. प्रतिभागी का सूचना-पत्र
5. प्रश्नावली/ अनुसूची (आवश्यकतानुसार)

साथ ही शोधार्थियों को उक्त बैठक में उपस्थित होने हेतु निम्नलिखित पांच Slide के PPT की भी तैयारी रखनी होगी:-

Slide 1. Objectives and importance of the study.

Slide 2. Research Method.

Slide 3. Requirement of Subjects with inclusion and exclusion criteria and Area.

Slide 4. Benefits.

Slide 5. Consent form.

पृ. क्र 2448/अधि/शोध/2023

प्रतिलिपि:-

1. प्राचार्य, समस्त शोध केन्द्र, हेमचंद यादव विश्वविद्यालय, दुर्ग (छ.ग.) को सूचनार्थ।
2. समस्त संबंधित शोध निर्देशक एवं सह-शोध निर्देशक को सूचनार्थ।
3. उक्त संबंधित विषय के शोधार्थियों को सूचनार्थ।
4. कुलपति के निज सहायक, हेमचंद यादव विश्वविद्यालय, दुर्ग (छ.ग.) को सूचनार्थ।

कुलसचिव

दुर्ग, दिनांक 18/08/2023

महाविद्यालयीन विकास परिषद  
एवं प्रभारी, पी-एच. डी. प्रकोष्ठ

इथीकल कमेटी की बैठक में शामिल होने वाले पी-एच.डी. शोधार्थी हेतु स्वप्रमाणित घोषणा-पत्र

मैं ..... पी-एच.डी. शोधार्थी हेमचंद यादव विश्वविद्यालय दुर्ग  
पी-एच.डी. प्रवेश सत्र ..... विषय ..... शोध केन्द्र.....  
..... मेरे शोध निर्देशक..... सह-शोध  
निर्देशक..... एवं डी.आर.सी तिथि ..... है।

मैं प्रमाणित करते हुए घोषणा करता/करती हूँ कि इथीकल कमेटी की बैठक हेतु मेरे द्वारा जमा किए गए दस्तावेज (Model Form and approved Consent Form, Information Sheet of Participants, Schedule/Quitionnaire etc.) एवं विवरण/तथ्य मेरी व्यक्तिगत जानकारी एवं विश्वास में शुद्ध एवं सत्य हैं। यह भी कि उक्त दस्तावेज इथीकल कमेटी के दिशानिर्देशों का पालन पूर्ण रूप से करते हैं एवं साथ ही उक्त दस्तावेजों से संबंधित जमा किए गए प्रारूपों का ही उपयोग मेरे द्वारा शोध कार्य हेतु किया जाएगा। मैं मिथ्या विवरणों/तथ्यों को देने के परिणामों से भली-भाँति अवगत हूँ। मैं विश्वविद्यालय द्वारा जारी समस्त आदेशों/सूचनाओं/निर्देशों/अधिसूचनाओं/आरक्षण नियमों का पालन करूँगा/ करूँगी। यदि मेरे द्वारा उपर्युक्त नियमों का उल्लंघन किया जाता है या घोषणा पत्र में दिये गये कोई भी विवरण/तथ्य/प्रमाण पत्र मिथ्या पाया जाता है, तो विश्वविद्यालय द्वारा मेरा/मेरी पी-एच.डी. निरस्त करने संबंधी कार्यवाही या अन्य कोई कार्यवाही अथवा विधि के अंतर्गत अभियोजन एवं दण्ड दिया जाता है तो इसके लिए मैं स्वयं उत्तरदायी होऊँगा/होऊँगी।

स्थान : .....

आवेदक/आवेदिका के हस्ताक्षर .....

दिनांक : .....

आवेदक/आवेदिका का नाम .....

पी-एच.डी. में प्रवेश की तिथि .....

मो. नं. ....

शोध निर्देशक  
(हस्ताक्षर एवं पदमुद्रा)

सह-शोध निर्देशक  
(हस्ताक्षर एवं पदमुद्रा)

# Hemchand Yadav Vishwavidyalaya, Durg. (C.G.)

## Institutional Ethics Committee (IEC) of Hemchand Yadav Vishwavidyalaya, Durg. (C.G.)

<b>1. Type of Study :</b>	Clinical <input type="checkbox"/>	Epidemiological <input type="checkbox"/>		
	Behavioral <input type="checkbox"/>			
	Other <input type="checkbox"/>	Specify: R & D:		
Whether :	Multi-centric <input type="checkbox"/>	Single center <input type="checkbox"/>		
<b>2. Status of Review:</b>	New <input type="checkbox"/>	Revised <input type="checkbox"/>		
<b>3. Clinical Trials:</b>				
Drug /Vaccines/Device/Herbal Remedies :				
<b>i. Does the study involve use of :</b>				
	Drug <input type="checkbox"/>	Devices <input type="checkbox"/>	Vaccines <input type="checkbox"/>	
	Indian Systems of Medicine/ Alternate System of Medicine <input type="checkbox"/>	Any other <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
<b>ii. Is it approved and marketed: NA</b>				
	In India <input type="checkbox"/>	UK & Europe <input type="checkbox"/>	USA <input type="checkbox"/>	
	Other countries, specify <input type="checkbox"/>			
<b>iii. Does it involve a change in use, dosage, route of administration?</b>			YES	NO
			YES	NO
<b>If yes, whether DCGI's /Any other Regulatory authority's Permission is obtained?</b>				
<b>If yes, Date of permission :</b>				
<b>iv. Is it an Investigational New Drug?</b>			YES	NO
<b>If yes, IND No:</b>				
a). Investigator's Brochure submitted			YES	NO
b). <i>In vitro</i> studies data			YES	NO
c). Preclinical Studies done			YES	NO
d). Clinical Study is : NA Phase I <input type="checkbox"/> Phase II <input type="checkbox"/> Phase III <input type="checkbox"/> Phase IV <input type="checkbox"/>				
e). Are you aware if this study/similar study is being done elsewhere?			YES	NO
If Yes, attach details				

# Hemchand Yadav Vishwavidyalaya, Durg. (C.G.)

Institutional Ethics Committee (IEC) of

Hemchand Yadav Vishwavidyalaya, Durg. (C.G.)

**Model form** to be filled by the Principal Investigator (PI)/Research Scholar for submission to Institutional Ethics Committee (IEC)  
(for attachment to each copy of the proposal)

**Proposal Title:**

	Name, Designation & Qualifications	Address Tel & Fax Nos. Email ID	Signature
PI/ Research Scholar/ Investigator			
Co-PI			
Collaborator/ Advisor			

*Tick appropriately*

<b>Sponsor Information :</b>			
1. Indian	a) Government <input type="checkbox"/>	Central <input type="checkbox"/>	State <input type="checkbox"/> Institutional <input type="checkbox"/>
	b) Private <input type="checkbox"/>		
2. International Government <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> UN agencies <input type="checkbox"/>			
3. Industry National <input type="checkbox"/> Multinational <input type="checkbox"/>			
<b>Contact Address of Sponsor:</b>			
<b>Total Budget:</b>			

# Hemchand Yadav Vishwavidyalaya, Durg. (C.G.)

Institutional Ethics Committee (IEC) of  
Hemchand Yadav Vishwavidyalaya, Durg. (C.G.)

<b>4. Brief description of the proposal</b> – Introduction, review of literature, aim(s) & objectives, justification for study, methodology describing the potential risks & benefits, outcome measures, statistical analysis and whether it is of national significance with rationale (Attach sheet with maximum 500 words):		
<b>5. Subject selection:</b>		
i. Number of Subjects :		
ii. Duration of study :		
iii. Will subjects from both sexes be recruited	YES	NO
iv. Inclusion / exclusion criteria given	YES	NO
v. Type of subjects <b>Volunteers</b> <input type="checkbox"/> <b>Patients</b> <input type="checkbox"/>		
vi. Vulnerable subjects      Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>(Tick the appropriate boxes)</i>		
Pregnant women <input type="checkbox"/>	Children <input type="checkbox"/>	Elderly <input type="checkbox"/>
Fetus <input type="checkbox"/>	Illiterate <input type="checkbox"/>	Handicapped <input type="checkbox"/>
Terminally ill <input type="checkbox"/> Seriously ill <input type="checkbox"/> Mentally challenged <input type="checkbox"/>		
Economically & socially backward <input type="checkbox"/> Any other <input type="checkbox"/>		
vii. Special group subjects: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>(Tick the appropriate boxes)</i>		
Captives <input type="checkbox"/> Institutionalized <input type="checkbox"/> Employees <input type="checkbox"/>		
Students <input type="checkbox"/> Nurses/Dependent <input type="checkbox"/> Armed <input type="checkbox"/>		
Any other <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Forces <input type="checkbox"/>		
<b>6. Privacy and confidentiality</b>		
i. Study involves - Direct Identifiers <input type="checkbox"/>		
Indirect Identifiers/coded <input type="checkbox"/>		
Completely anonymised/ delinked <input type="checkbox"/>		
ii. Confidential handling of data by staff	YES	NO
<b>7. Use of biological/ hazardous materials</b>		
i. Use of fetal tissue or abortus	YES	NO
ii. Use of organs or body fluids	YES	NO
iii. Use of recombinant/gene therapy If yes, has Department of Biotechnology (DBT) approval for rDNA products been obtained?	YES	NO
iv. Use of pre-existing/stored/left over samples	YES	NO
v. Collection for banking/future research	YES	NO
vi. Use of ionizing radiation/radioisotopes If yes, has Bhaba Atomic Research Centre (BARC) approval for Radioactive Isotopes been obtained?	YES	NO
vii. Use of Infectious/bio-hazardous specimens	YES	NO



<b>If Yes, justify with details of collaborators</b>			
a) Is the proposal being submitted for clearance from Health Ministry's Screening Committee (HMSC) for International collaboration?			
viii. Proper disposal of material		YES	NO
ix. Will any sample collected from the patients be sent abroad?		YES	NO
<b>If Yes, justify with details of collaborators</b>			
a) Is the proposal being submitted for clearance from Health Ministry's Screening Committee (HMSC) for International collaboration?		YES	NO
b) Sample will be sent abroad because ( <i>Tick appropriate box</i> )			
Facility not available in India <input type="checkbox"/> Facility in India inaccessible <input type="checkbox"/> Facility available but not being accessed. <input type="checkbox"/> If so, reasons...			
<b>8. Consent : Written/ Thumb Impression</b>			
i. Consent form : (tick the included elements)			
Understandable language <input type="checkbox"/> Alternatives to participation <input type="checkbox"/>			
Statement that study involves research <input type="checkbox"/> Confidentiality of records <input type="checkbox"/>			
Sponsor of study <input type="checkbox"/> Contact information <input type="checkbox"/>			
Purpose and procedures <input type="checkbox"/> Statement that consent is voluntary <input type="checkbox"/>			
Risks & Discomforts <input type="checkbox"/> Right to withdraw <input type="checkbox"/>			
Benefits <input type="checkbox"/> Consent for future use of biological material <input type="checkbox"/>			
Compensation for participation <input type="checkbox"/> Benefits if any on future commercialization <input type="checkbox"/>			
Compensation for study related injury <input type="checkbox"/> eg. Genetic basis for drug development <input type="checkbox"/>			
*If written consent is not obtained, give reasons: In all cases subjects may unable to sign due to illiterate.			
ii. Who will obtain consent? PI/Co-PI <input type="checkbox"/> Nurse/Counselor <input type="checkbox"/>			
Research staff <input type="checkbox"/> Any other <input type="checkbox"/>			
9. Will any advertising be done for recruitment of Subjects? (posters, flyers, brochure, websites – if so kindly attach a copy)		YES	NO
<b>10. Risks &amp; Benefits:</b>		YES	NO
i. Is the risk reasonable compared to the anticipated benefits to subjects / community / country?			
ii. Is there physical / social / psychological risk / discomfort?		YES	NO
<b>If Yes, Minimal or no risk</b> <input type="checkbox"/> More than minimum risk <input type="checkbox"/> High risk <input type="checkbox"/>			
iii. Is there a benefit			
a) to the subject? <input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Indirect <input type="checkbox"/> b) Benefit to society <input type="checkbox"/>			

<b>11. Data Monitoring</b>		
i. Is there a data & safety monitoring committee/ Board (DSMB)?	YES	NO
ii. Is there a plan for reporting of adverse events? If Yes, reporting is done to : Sponsor <input type="checkbox"/> Ethics <input type="checkbox"/> Committee <input type="checkbox"/> DSMB <input type="checkbox"/>	YES	NO
iii. Is there a plan for interim analysis of data?	YES	NO
iv. Are there plans for storage and maintenance of all trial databases? If Yes, for how long ?	YES	NO
12. Is there compensation for participation? If Yes, Monetary <input type="checkbox"/> In kind <input type="checkbox"/> Specify amount and type:	YES	NO
13. Is there compensation for injury? If Yes, by Sponsor <input type="checkbox"/> by Investigator <input type="checkbox"/> by insurance company <input type="checkbox"/> by any other <input type="checkbox"/>	YES	NO
14. Do you have conflict of interest? (financial/nonfinancial) If Yes, specify :	YES	NO
<b>Checklist for attached documents:</b> Project proposal – 1 Copy <input type="checkbox"/> Curriculum Vitae of Investigators <input type="checkbox"/> Brief description of proposal <input type="checkbox"/> Patient information sheet <input type="checkbox"/> Informed Consent form <input type="checkbox"/> Investigator's brochure for recruiting subjects <input type="checkbox"/> Copy of advertisements/Information brochures <input type="checkbox"/> Copy of clinical trial protocol and/or questionnaire <input type="checkbox"/> HMSC/DCGI/DBT/BARC clearance if obtained <input type="checkbox"/>		

Place & Date

Signature of Applicant

**प्रतिभागी का सूचित सहमति-पत्र**  
**[INFORMED CONSENT FORM OF PARTICIPANT]**

इस अध्ययन हेतु प्रतिभागी का क्रमांक: .....

शोधकर्ता का नाम व पता :

पी-एच.डी./रिसर्च प्रोजेक्ट का शीर्षक :

Title of Ph.D./Research Project:

पी-एच.डी. रजिस्ट्रेशन नं./रिसर्च प्रोजेक्ट स्वीकृत आदेश क्रमांक : .....

शोध निर्देशक/परियोजना-प्रमुख का नाम :

संस्था का नाम व पता :

सूचना-पत्र में दी गई जानकारीयों दिनांक .....को जो दी जा रही है उसे सावधानीपूर्वक मेरे द्वारा पढ़ी गई है/मुझे विस्तार से उस भाषा में समझाया गया है, जो मैं समझता/समझती हूँ, एवं इसकी विषय-वस्तु को मैं पूर्ण रूप से समझ गया/गयी हूँ। मैं यह पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे प्रश्न करने का अवसर दिया गया था।

इस अध्ययन की प्रकृति एवं उद्देश्य तथा इसके संभाव्य जोखिम/लाभों के बारे में एवं अध्ययन के अनुमानित समय के बारे में तथा अध्ययन से संबंधित अन्य जानकारीयों के बारे में मुझे विस्तार से समझाया गया है, मैं यह समझता/समझती हूँ कि मेरी भागीदारी स्वैच्छिक है एवं यह कि मैं किसी भी समय बिना किसी कारण बताए अध्ययन में भाग न लेने के लिए स्वतंत्र हूँ। अध्ययन से संबंधित जानकारीयों का मेरी निजता/बौद्धिक संपदा/चिकित्सा अथवा कानूनी अधिकार पर प्रभाव नहीं पड़ेगा।

मैं यह समझता/समझती हूँ कि इस शोध में मेरी भागीदारी से जो मेरे बारे में जानकारीयें एकत्रित की जा रही हैं वह पूर्णतः गोपनीय रखी जायेंगी एवं इसका उपयोग अकादमिक कार्य के लिये ही होगा।

मैं उपरोक्त अध्ययन में भाग लेने की सहमति देता/देती हूँ। इसके साथ ही मैं अपने फोटो को शोध कार्य हेतु लेने की अनुमति देता/देती हूँ

दिनांक: .....

(हस्ताक्षर/बाएँ अंगूठे का निशान):.....

स्थान: .....

प्रतिभागी का नाम : .....

पिता/पति का नाम : .....

पूर्ण पता : .....

मो. नं.:.....

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त सहमति मेरी उपस्थिति में दी गई है।

1) गवाह-1

2) गवाह-2

(हस्ताक्षर)

(हस्ताक्षर)

नाम : .....

नाम : .....

पता : .....

पता : .....



**प्रतिभागी का सूचना-पत्र**  
**[INFORMATION SHEET OF PARTICIPANT]**

1	<b>Name of the Research Scholar &amp; Research Supervisor/PI/ Co-PI</b> शोधकर्ता का नाम/ शोध निर्देशक/PI/ Co-PI	
2	<b>Name &amp; Address of Organization</b> संस्था का नाम और पता	
3	<b>Title of Research Proposal/ Ph.D. Synopsis</b> शोध प्रस्ताव का शीर्षक/पी. एच.डी. सिनोपसिस	
4	<b>Introduction</b> परिचय	
5	<b>Purpose of the Research</b> अध्ययन का उद्देश्य	
6	<b>Voluntary Participation</b> स्वैच्छिक भागीदारी	
7	<b>Procedure</b> प्रक्रिया	
8	<b>Duration</b> अवधि	
9	<b>Side Effects</b> दुष्प्रभाव	
10	<b>Risk</b> जोखिम	
11	<b>Benefits</b> लाभ	
12	<b>Confidentiality</b> गोपनीयता	
13	<b>Sharing the results</b> परिणामों को साझा करना	

14	<b>Right to refuse or withdraw</b> मना करने या वापस लेने का अधिकार	
15	<b>Whom to contact</b> संपर्क	

**Signature of Supervisor with Date**

**Signature of Candidate with Date**