



झारखंड केन्द्रीय विश्वविद्यालय, रांची
CENTRAL UNIVERSITY OF JHARKHAND, RANCHI
(संसदीय अधिनियम के तहत 2009 में स्थापित केन्द्रीय विश्वविद्यालय)
संस्थागत मानव नैतिक समिति (सीयूजे)
Institutional Human Ethical Committee (CUJ)

Informed Consent and Patient Information Sheet Form

Regd. No: Age: Date & Time of Surgery:

Tumour Type: Tumour Site: Stage: Grade:

Name of the Patient:

Gender:

Guardian's Name:

Address:

Socio-Economic status:

Body Wt: Height:

Blood Group: Type of Sample:

Case History:

Whether verbal consent is given (if the patient cannot sign)/ (sign of Father/Mother/Legal Guardian):

If legal Guardian, then relation to the patient.....

By signing here, I/ on behalf of the patient understand that this surgically removed sample will be used for academic research purpose for better understanding of this disease. This may provide clue for cure of this disease.

.....
Patient / volunteer

.....
Legal guardian/ Doctor

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature
11/5

Handwritten signature

Handwritten signature
11/5/22

Handwritten signature
Asa

Handwritten signature
11.05.2022

Handwritten signature
11/5/22

Handwritten signature
11.5.2022

Handwritten signature



झारखंड केन्द्रीय विश्वविद्यालय, रांची
CENTRAL UNIVERSITY OF JHARKHAND, RANCHI
(संसदीय अधिनियम के तहत 2009 में स्थापित केन्द्रीय विश्वविद्यालय)
संस्थागत मानव नैतिक समिति (सीयूजे)
Institutional Human Ethical Committee (CUJ)

सूचित सहमति एवं मरीज सूचना फॉर्म

पंजीकरण सः

उम्रः

सर्जरी की तिथि एवं समयः

द्यूमर स्थानः

अवस्थाः

श्रेणीः

मरीज का नाम:

लिंग:

अभिभावक का नाम:

पता:

सामाजिक – आर्थिक स्थिति:

शरीर का वजन: लंबाई:

रक्त समूह: नमूने का प्रकार:

पूर्ववृत्त:

यदि मौखिक सहमति दी हो (यदि मरीज हस्ताक्षर नहीं कर सकता)/माता/पिता/विधिक संरक्षक का हस्ताक्षर:

यदि विधिक संरक्षक है तो मरीज के साथ संबंध:

यहाँ हस्ताक्षर के द्वारा मैं / मरीज की तरफ से यह समझता हूँ की यह शल्य द्वारा हटाया हुआ नमूना इस बीमारी को बेहतर ढंग से समझने के लिए शैक्षणिक शोध के उद्देश्य से प्रयोग में लाई जाएगी । यह इस बीमारी के इलाज के लिए सूत्र प्रदान कर सकता है ।

मरीज / स्वयंसेवक

विधिक संरक्षक/चिकित्सक का हस्ताक्षर

Hava Jindan

Babu

H

11/5

for

11/05/2022

11/5/22

Asa

11/5/22

11-5-2022

John



झारखंड केन्द्रीय विश्वविद्यालय, रांची
CENTRAL UNIVERSITY OF JHARKHAND, RANCHI
(संसदीय अधिनियम के तहत 2009 में स्थापित केन्द्रीय विश्वविद्यालय)
संस्थागत मानव नैतिक समिति (सीयूजे)
Institutional Human Ethical Committee (CUJ)

PARTICIPATION FORM

No:

I, Shri/ Smt./ Mr./ Mrs./ Ms./ Dr.....; Vill:; PO:
.....; Dist:..... with this, declare that I'll be participating in the Community
development program/ Oral cancer awareness study/ Tobacco (chewing and/or -smoking) free society study by the
Central University of Jharkhand of my own will. I will cooperate in this study, provide my mouth cavity related
information, and allow for the medical inspection from time to time till the study is complete.

Signature of Guardian/ Doctor

Signature of Participant

Place:

Date:

Mobile Number:

Handwritten signatures and dates:
1. *[Signature]* 11/5/22
2. *Basu* 11.05.2022
3. *Asa* 11/5/22
4. *[Signature]* 11/5/22
5. *[Signature]* 11-5-2022
6. *[Signature]*
7. *[Signature]*
8. *[Signature]*



झारखंड केन्द्रीय विश्वविद्यालय, रांची
CENTRAL UNIVERSITY OF JHARKHAND, RANCHI
(संसदीय अधिनियम के तहत 2009 में स्थापित केन्द्रीय विश्वविद्यालय)
संस्थागत मानव नैतिक समिति (सीयूजे)
Institutional Human Ethical Committee (CUJ)

भागीदारी प्रपत्र

नं:

मैं, श्री / श्रीमती / सुश्री / डॉगांव:; पीओ:;
जिला:..... इसके साथ घोषणा करता / करती हूँ कि मैं अपनी इच्छा से झारखंड केन्द्रीय विश्वविद्यालय द्वारा
सामुदायिक विकास कार्यक्रम / मुख कैंसर जागरूकता अध्ययन / तंबाकू (चबाना और/या धूमपान) मुक्त समाज
अध्ययन में भाग लूँगा / लूँगी। मैं इस अध्ययन में सहयोग करूँगा / करूँगी, अपने मुँह संबंधी जानकारी प्रदान करूँगा
/ करूँगी और अध्ययन पूरा होने तक समय-समय पर चिकित्सा निरीक्षण की अनुमति दूँगी / दूँगी।

अभिभावक / डॉक्टर का हस्ताक्षर

प्रतिभागी का हस्ताक्षर

जगह:

दिनांक:

मोबाइल नंबर:

Handwritten signatures and dates:
11.05.2022
11/5
11/5/22
11.5.22
11.5.2022



झारखंड केन्द्रीय विश्वविद्यालय, रांची

CENTRAL UNIVERSITY OF JHARKHAND, RANCHI

(संसदीय अधिनियम के तहत 2009 में स्थापित केन्द्रीय विश्वविद्यालय)

संस्थागत मानव नैतिक समिति (सीयूजे)

Institutional Human Ethical Committee (CUJ)

Oral Cancer Awareness Program

(To be completed by participants)

A. Personal Details:

Name:	Age:	Gender:	
Name of the School:	Class:		
Father's Name:	Occupation:		
Mother's Name:	Occupation:		
Annual Income: <1lakh <input type="checkbox"/>	1-3lakhs <input type="checkbox"/>	3-6lakhs <input type="checkbox"/>	>6lakhs <input type="checkbox"/>
Nationality:	Religion:	Categories:	
Address:			
Telephone/Mob No:			

B. Oral Cancer Etiology:

Do you/any of your family members have the habit of smoking? Yes No

If Yes, then who: 1.....2.....3.....4.....5.....6.....

Type	Age Started	Frequency/day(No.)	No. of Years	If stopped, since how many years
Bidi				
Cigarettes				
Ganja				
Others, Specify				

Do you/any of your family members have the habit of pan/tobacco chewing? Yes No

If yes, then who: 1.....2.....3.....4.....5.....6.....

Type	Age Started	Frequency/day (No. of times.)	Duration of quid in mouth (Min)	No. of Years	If stopped, since how many years
Pan					
Pan + tobacco					
Gutkha					
Others, Specify					

Do you/any of your family members sleep with quid in mouth? Yes No

Do you/any of your family members have the habit of drinking alcohol? Yes No

If yes, then who: 1.....2.....3.....4.....5.....6.....

Type	Age Started	Quantity/day (ml)	No. of Years	If stopped, since how many years
Toddy				
Beer				
Alcohol				
Wine				
Local (Hadia, Mahuwa)				
Others, Specify				

C. Awareness:

1. Have you heard about cancer? Yes No
2. Anybody in your house has/had cancer? Yes No
3. Have you heard about mouth cancer? Yes No
4. Do you know anyone who has mouth cancer? Yes No
5. Do you think products/practices mentioned below can cause oral cancer?

products/practices	Alcohol	Chewing Pan	Chewing Tobacco	Smoking
Yes				
No				

Handwritten signatures and dates at the bottom of the page, including names like 'Sana Ardan', 'Rishi', 'Asha', 'Rishu', and dates like '11/5/22', '11.5.22', and '11.5.22'.

- When do you/any of your family members prefer to consume these: with Friends/ with family members/ any special occasion (Mention Occasion)
- Why would you/any of your family members like to take these: Relaxation/ frustration/ stress/loneliness/celebration.

6. Do you/any of your family members had undertaken following dietary supplements?

Dietary Supplements	Yes	No	If yes, then,		
			Age Started	Frequency/day (No. of times.)	No. of Years
Beta Carotene					
Neem					
Turmeric					
Green Tea					
Others, specify					

7. Do you know these about Mouth Cancer?

Statements	It is contagious	Can be caused by poor oral health	Can be detected early	Early detection: more chance of cure	Change in life style: Reduces the risk
Yes					
No					

8. Do you follow these?

- Cleaning mouth after eating Yes No
- How many times you brush per day
- What do you use for brushing teeth: Tooth paste/ tooth powder/tobacco powder/ Chew stick

9. Food Habits: Veg/Veg + egg/Veg + fish/ Non-Veg + other.

10. Have you/any of your family members ever practiced oral self-examination? Yes No

If yes, do you/any of your family members have the following lesions?

Symptoms in mouth	Yourself				Family				
	Yes	No	How long	Site	Yes	No	If yes, how many members	How long	Site
White patch									
Red patch									
Non-healing ulcer									
Burning sensation									
Difficulty in Opening mouth									
Bleeding gums									

if no, the reason: Not interested ; Not botherin ; Don't know about oral self-ex

11. Others:

1. Badly fitting denture. Yes No
2. Sharp or broken teeth. Yes No

Signature:

Date:

Jena Jain 11/5
Asa 11/5/22
Asa 11-05-22
Asa 11-5-22
Asa 11-5-2022
Asa



झारखंड केन्द्रीय विश्वविद्यालय, रांची
CENTRAL UNIVERSITY OF JHARKHAND, RANCHI
(संसदीय अधिनियम के तहत 2009 में स्थापित केन्द्रीय विश्वविद्यालय)
संस्थागत मानव नैतिक समिति (सीयूजे)
Institutional Human Ethical Committee (CUJ)

मुँह कैंसर जागरूकता कार्यक्रम
(प्रतिभागी द्वारा भरा जाए)

क. व्यक्तिगत विवरण:

नाम:	उम्र:	लिंग:
स्कूल का नाम:	कक्षा:	
पिता का नाम:	पेशा:	
माँ का नाम:	पेशा:	
वार्षिक आय: <1 लाख <input type="checkbox"/> ; 1-3 लाख <input type="checkbox"/> ; 3-6 लाख <input type="checkbox"/> ; >6 लाख <input type="checkbox"/>		
राष्ट्रीयता:	धर्म:	वर्ग:
पता:		
टेलीफोन/मोब. नं:		

ख. मुँह का कैंसर इटीओलॉजी:

क्या आपको / आपके परिवार के किसी सदस्य को धूमपान की आदत है? हाँ नहीं

यदि हाँ तो कौन-कौन: 1. 2. 3. 4. 5. 6.

प्रकार	आयु जब से शुरू किया	दिन में कितनी बार	कितने सालों से	यदि छोड़ दिया तो कितने सालों से
बीड़ी				
सिग्रेट				
गोंजा				
अन्य कोई है तो बताएं				

क्या आपको / आपके परिवार के किसी सदस्य को पान/तंबाकू खाने की आदत है? हाँ नहीं

यदि हाँ तो कौन-कौन: 1. 2. 3. 4. 5. 6.

प्रकार	आयु जब से शुरू किया	दिन में कितनी बार	खैनी मुँह में रखने की अवधि (मिनट)	कितने सालों से	यदि छोड़ दिया तो कितने सालों से
पान					
पान + तंबाकू					
गुटका					
अन्य कोई है तो बताएं					

क्या आप / आपके परिवार का कोई सदस्य मुँह में खैनी रख कर सोते हैं? हाँ नहीं

क्या आपको / आपके परिवार के किसी सदस्य को शराब की आदत है? हाँ नहीं

यदि हाँ तो कौन-कौन: 1. 2. 3. 4. 5. 6.

प्रकार	आयु जब से शुरू किया	एक दिन की मात्रा (मि.ली)	कितने सालों से	यदि छोड़ दिया तो कितने सालों से
ताड़ी				
बियर				
अल्कोहॉल				
शराब				
स्थानीय (हाड़िया/महुआ)				
अन्य कोई है तो बताएं				

ग. जागरूकता:

1. क्या आपने कैंसर के बारे में सुना है? हाँ नहीं

2. क्या आपके परिवार में किसी को कैंसर है / कैंसर हुआ था? हाँ नहीं , यदि हाँ तो बताएं

Hens Andras

Shel

11/5

Asank

11.05.2022

11.5.22

11/5/22

11.5.2022

11/5/22

3. क्या आपने मुँह कैंसर के बारे में सुना है? हैं नहीं
4. क्या आप किसी को जानते हैं जिन्हें मुँह का कैंसर है? हैं नहीं
5. क्या आप समझते हैं कि निम्नलिखित वस्तुएँ / इनके प्रयोग से मुँह का कैंसर हो सकता है?

वस्तुएँ / प्रयोग	अल्कोहॉल	पान खाना	तंबाकू खाना	धूमपान
हाँ				
नहीं				

- > आप / आपके परिवार इन्हें लेना/पीना कब पसंद करते हैं: दोस्तों के साथ / परिवार के सदस्यों के साथ / कोई विशेष अवसर पर (अवसर बताएं)
- > आप / आपके परिवार इन्हें लेना/पीना कब पसंद करते हैं: आराम केलिए / निराशा की स्थिति में / तनाव में / अकेलापन दूर करने के लिए / उत्साह में

6. क्या आप / आपके परिवार का कोई सदस्य निम्नलिखित आहार का अनुपूरक का सेवन किये हैं?

प्रकार	हाँ	नहीं	यदि हाँ तो		
			आयु जब से शुरू किया	एक दिन में कितनी बार	कितने सालों से
बीटा कैरोटीन					
नीम					
हल्दी					
ग्रीन टी					
अन्य कोई है तो बताएं					

7. क्या आप इस कैंसर रोग के बारे में जानते हैं?

वक्तव्य	यह संक्रामक होता है	खराब मुँह इसका कारण हो सकता है	आरंभ में पता लगाया जा सकता है	आरंभ में पता लगाने से इलाज की संभावना अधिक होती है	जीवन शैली में परिवर्तन से जोखिम को काम किया जा सकता है
हाँ					
नहीं					

8. क्या आप इनका पालन करते हैं?

- > खाने के बाद मूँहकी सफाई करते हैं? हैं नहीं
- > आप दिन में कितनी बार ब्रश करते हैं?
- > दाँत साफ करने के लिए: दूध पेस्ट / दूध पाउडर / तंबाकू पाउडर / दातून

9. खान-पान: शाकाहारी / शाकाहारी + अंडा / शाकाहारी + मछली / मांसाहारी + अन्य

10. क्या आपने/आपके परिवार के किसी सदस्य ने खूद से अपने मुँह का परीक्षण किया है? हैं नहीं

यदि हाँ तो क्या आपको / आपके परिवार के किसी सदस्य को निम्नलिखित घाव हुए हैं?

मुँह का लक्षण	स्वयं				परिवार				
	हाँ	नहीं	कब से	किस स्थान पर	हाँ	नहीं	यदि हाँ तो कितने सदस्यों को	कब से	किस स्थान पर
सफेद पैच (दाग)									
लाल पैच (दाग)									
सही नहीं होने वाले अल्सर									
मुँह में जलन									
मुँह खोलने में दिक्कत									
मसूँड़ों में खून आना									

यदि नहीं तो इसका कारण: रुचि नहीं ; इसकी फिक्र नहीं ; मुँह की स्वयं परीक्षण की जानकारी नहीं

11. अन्य:

1. खराब फिटिंग वाला डेन्चर, हैं नहीं
2. तेज या टूटे दाँत, हैं नहीं

हस्ताक्षर:
दिनांक:

Handwritten signatures and dates:
 11/5
 11.5.2022
 11.05.2022
 11.5.22
 11.5.22