

ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป)



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

ชื่อโครงการวิจัย

.....
.....

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ

.....
.....

ที่อยู่

.....
.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน เบอร์โทรศัพท์

มือถือ.....

อีเมล

.....
.....

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ

.....
.....

ที่อยู่

.....
.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน เบอร์โทรศัพท์

มือถือ.....

อีเมล

.....

.....

ผู้สนับสนุนการวิจัย

.....

.....

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อப்பผู้ทำวิจัย คือ หมายเลขโทรศัพท์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจาก ท่านเป็น.....(ระบุเหตุผลที่เชิญให้เข้าร่วมในการวิจัย)..... ซึ่งในโครงการวิจัยนี้จะมีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด(ระบุจำนวนอาสาสมัครทั้งหมด).....ราย

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจใน เข้าร่วม หรือ ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

- ให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยนี้
- ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ หรือคนอื่น ๆ ได้ตามที่ท่านต้องการ และท่านสามารถใช้เวลาได้นานตามที่ท่านต้องการ เพื่อให้มีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ
- หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ กรุณาซักถามจาก(ระบุชื่อ แพทย์ผู้ทำวิจัย แพทย์ผู้ร่วมทำวิจัย หรือทีมผู้วิจัย)....

การเข้าร่วมโครงการนี้ต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

- ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการนี้ได้

- แม้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้แล้ว **ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา** โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน

ทางเลือกอื่น ๆ หากท่านตัดสินใจไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย

(ตัวอย่าง)

- ท่านปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย
- ท่านจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

1. ทำไมต้องทำวิจัยเรื่องนี้?

2. การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออะไร?

3. ท่านจะต้องรวมกิจกรรมอะไรบ้าง?

หลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ ท่านจะได้รับเชิญให้มาพบคณะผู้ทำวิจัยตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย

สถานที่ทำการวิจัยนี้คือ ท่านจะต้องมาพบผู้วิจัยทั้งหมด ครั้ง แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ (นาทิจ/ชั่วโมง) รวมแล้วท่านจะอยู่ในโครงการวิจัยเป็นระยะเวลาทั้งหมด (ก็/วัน/ก็เดือน/ก็ปี)

- **การนัดหมายครั้งที่ 1** ใช้เวลาประมาณ นาทิจ/ชั่วโมง
ท่านจะถูกคัดกรองว่าจะสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หรือไม่ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้
 -ระบบกิจกรรมที่อาสาสมัครจะต้องทำ.....
- **การนัดหมายครั้งที่ 2** ใช้เวลาประมาณ นาทิจ/ชั่วโมง
 -ระบบกิจกรรมที่อาสาสมัครจะต้องทำ.....
- **การนัดหมายครั้งที่ 3** ใช้เวลาประมาณ นาทิจ/ชั่วโมง
 -ระบบกิจกรรมที่อาสาสมัครจะต้องทำ.....
- **การนัดหมายครั้งที่ 4** ใช้เวลาประมาณ นาทิจ/ชั่วโมง
 -ระบบกิจกรรมที่อาสาสมัครจะต้องทำ.....

4. หากเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจจะได้รับความเสี่ยงอะไรบ้าง?

(ตัวอย่าง) (ให้ผู้วิจัยระบุความเสี่ยงจากยา/ผลิตภัณฑ์วิจัย ยา/ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่ได้รับร่วมด้วย เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย การทำหัตถการ การเจาะเลือด การเก็บข้อมูล/การสัมภาษณ์/การตอบแบบสอบถาม และอื่น ๆ ที่มีข้อมูลหรือทำนายได้ว่า อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินการกับผู้เข้าร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน)

ท่านอาจเกิดความผิดปกติจาก..... (ให้ผู้วิจัยระบุ ยา/ผลิตภัณฑ์วิจัย ยา/ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่ได้รับร่วมด้วยเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย การทำหัตถการ การเจาะเลือด การเก็บข้อมูล/การสัมภาษณ์/การตอบแบบสอบถาม และอื่น ๆ ที่มีข้อมูลหรือทำนายได้ว่าอาจเกิดขึ้นจากการดำเนินการกับผู้เข้าร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน).....ดังนี้

(สำหรับการวิจัยทางคลินิก)

อาการผิดปกติที่พบบ่อย: เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด วิงเวียน ปวดหัว ผื่นคัน เจ็บเลือดออก ข้ำจากการเจาะเลือด บวมบริเวณที่เจาะเลือด

อาการผิดปกติที่พบน้อยแต่รุนแรง: เช่น เลือดออกในกระเพาะ ติดเชื้อ ผื่นแพ้รุนแรง ชัก โคม่า.....

(สำหรับการวิจัยทางสังคม หรือเชิงสำรวจ)

ความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ ได้แก่

.....
.....

นอกจากความเสี่ยงที่กล่าวมา ท่านอาจเกิดอาการ หรือความไม่สบายอื่น ๆ ที่ไม่ทราบแน่นอน นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน

หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

หากท่านเกิดความไม่สบายใจ หรือเกิดอาการผิดปกติใด ๆ ให้ท่านปฏิบัติดังนี้

(ตัวอย่างสำหรับการวิจัยทางคลินิก)

- แจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันที โดยท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ (ระบุชื่อแพทย์หรือผู้ทำวิจัย และเบอร์โทรศัพท์)..... ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- หากจำเป็น ให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาล (ระบุชื่อสถานพยาบาลที่รับผิดชอบหรือสถานพยาบาลใกล้เคียง)..... ทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการผิดปกติของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที

(ตัวอย่างสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์)

- แจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันที โดยท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ (ระบุชื่อผู้ทำวิจัย และเบอร์โทรศัพท์)..... ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- ให้ท่านปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (ระบุชื่อ หรือหน่วยงาน องค์การที่เกี่ยวข้อง)..... ที่..... (เบอร์โทรศัพท์)..... ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

5. ผู้วิจัยมีมาตรการการป้องกันอันตราย หรือมาตรการดูแลท่านอย่างไรหากเกิดอันตรายในระหว่างการวิจัย?

มาตรการป้องกันอันตรายและลดความเสี่ยง (ให้ผู้วิจัยระบุมาตรการให้สอดคล้องกับโครงการวิจัย)

- ผู้วิจัยได้จัดให้มีทีม..... (ระบุผู้ที่ทำหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล) ที่จะดูแลท่านระหว่างการ..... (ได้รับยา/การผ่าตัด หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง) เพื่อเป็นการป้องกัน..... (ระบุความเสี่ยง)..... หรือ เพื่อสามารถที่จะดูแลท่านได้ทันเวลาที่หากมี..... (การบาดเจ็บ หรืออื่น

ๆ ซึ่งให้ผู้วิจัยปรับตามความเหมาะสม).....เกิดขึ้น

- ผู้วิจัยได้จัดให้มี.....(ระบุผู้ที่จะทำหน้าที่ เช่น พยาบาล/เจ้าหน้าที่) ซึ่งเป็น..... (ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช/ผู้เชี่ยวชาญทางด้านพัฒนาการ หรืออื่น ๆ) อยู่ด้วยตลอดเวลาในการเก็บข้อมูล เพื่อเป็นการป้องกัน.....(ระบุความเสี่ยง)..... หรือเพื่อสามารถที่จะดูแลท่านได้ทันท่วงทีหากมี.....(การกระทบกระเทือนจิตใจ หรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งให้ผู้วิจัยปรับตามความเหมาะสม).....เกิดขึ้น
- ผู้วิจัยได้จัดให้มีทีม.....(ระบุผู้ที่จะทำหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล) ที่จะดูแลท่านระหว่างการ.....(ได้รับยา/การผ่าตัด หรือ อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง) เพื่อเป็นการป้องกัน.....(ระบุความเสี่ยง)..... หรือเพื่อสามารถที่จะดูแลท่านได้ทันท่วงทีหากมี.....(การบาดเจ็บ หรืออื่น ๆ ซึ่งให้ผู้วิจัยปรับตามความเหมาะสม).....เกิดขึ้น
- หากอาสาสมัครเกิดอันตราย/บาดเจ็บ ระหว่าง.....(การวิจัย/การทดสอบ/การ ผ่าตัด/การเก็บข้อมูล หรืออื่น ๆ ให้ผู้วิจัยระบุให้สอดคล้องกับโครงการวิจัย) ท่านจะได้รับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดย.....(ระบุผู้ที่จะทำ หน้าที่).....หากอาการไม่ดีขึ้น ท่านจะถูกนำส่ง..... (หรือให้ผู้วิจัย ระบุ ชื่อสถานพยาบาลใกล้เคียง)
- หากท่านได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการ วิจัย ยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน
- หากท่านไม่สบายใจ หรือกังวลใจ ท่านสามารถโทรปรึกษาสายด่วน.....(ระบุ หมายเลขหน่วยงานหรือสายด่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง)..... ที่...(ระบุ หมายเลขโทรศัพท์)..... หรือโทรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้าน ที่..... (ระบุหมายเลขโทรศัพท์)
- เพื่อให้ท่านได้กรอกแบบสอบถามอย่างเป็นอิสระ และเป็นความลับ ผู้วิจัยได้ (ให้ผู้วิจัยระบุกระบวนการจัดการ).....

*การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทาง กฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

6. ท่านจะได้รับการประกันภัยเพื่อคุ้มครองในการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่?

(ตัวอย่าง)

โครงการวิจัยนี้ไม่ได้จัดทำประกันภัยให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

7. การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับประโยชน์อะไร?

(ตัวอย่าง)

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปใช้ในการ..... (เช่น พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในอนาคต).....

8. เมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องมีความรับผิดชอบอย่างไรบ้าง?

(ตัวอย่าง ให้ผู้วิจัยรับผิดชอบคล้อยตามโครงการวิจัย)

- ขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านให้ข้อมูล (ทางการแพทย์) ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งและปรึกษาผู้วิจัยก่อนที่ท่านจะใช้ ยา/สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์อื่น นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยจัดให้หรืออนุญาต
- ขอให้ท่านงดการใช้ ยา/สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยจัดให้หรืออนุญาต
- หากท่านจำเป็นต้องได้รับวัคซีน หรือยา/สมุนไพร ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ขอให้ท่านปรึกษาผู้ทำวิจัยก่อน
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านได้รับยา/สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยจัดให้หรืออนุญาต
- ขอให้ท่านนำยา/สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์ และภาชนะบรรจุที่ใช้ในการศึกษาของท่านทั้งหมดที่เหลือจากการ (รับประทาน/ใช้) มาให้ผู้ทำวิจัยทุกครั้งที่นัดหมายให้มาพบ

9. ท่านจะต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างไรบ้างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย?

(ตัวอย่าง)

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

10. ท่านจะได้รับค่าตอบแทนสำหรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่?

(ตัวอย่าง)

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือค่าชดเชยการเดินทาง และเสียเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

11. ท่านจะออกจากโครงการวิจัยนี้ได้ในกรณีใดบ้าง?

(ตัวอย่าง)

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านรับประทานยา สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่อนุญาตให้ใช้ในการวิจัยนี้
- ท่านใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่อนุญาตให้ใช้ในการวิจัยนี้
- ท่านตั้งครรภ์ระหว่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
- ท่านเกิดอาการข้างเคียง หรือความผิดปกติของผลทางห้องปฏิบัติการจากการได้รับยาที่ใช้ในการวิจัยนี้
- ท่านเกิดการบาดเจ็บรุนแรง หรือผู้วิจัยประเมินแล้วว่าท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการต่อไปได้
- ท่านแพ้ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการวิจัยนี้
- ท่านต้องการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาตัวที่ไม่ได้รับอนุญาตจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นต้น

(ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถปรับเปลี่ยนเกณฑ์การถอนให้เหมาะสม และสอดคล้องกับโครงการวิจัย)

12. ท่านจะได้รับการปกป้องรักษาข้อมูลความลับของท่านอย่างไรบ้าง?

ข้อมูลการวิจัยจะถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ มีการปกป้องเข้าถึงข้อมูลโดยใช้การเข้ารหัส ซึ่งทีมผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ ข้อมูลเฉพาะที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บเป็นระยะเวลาทั้งหมด.... ปี สถานที่เก็บคือ..... และจะทำลายภายใน.....ปี

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการวิจัยและข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้ แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถ

แจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่(ชื่อผู้วิจัยหลักและที่อยู่ในประเทศไทย).....

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

13. หากมีตัวอย่างเลือดหรือตัวอย่างอื่น ๆ ที่ได้จากร่างกายของท่าน ผู้วิจัยจะมีวิธีการจัดการกับตัวอย่างที่เหลืออย่างไรบ้าง?

(ตัวอย่าง)

- ไม่เกี่ยวข้อง

หรือ

1. ทำลายตามวิธีมาตรฐานทันทีที่เสร็จสิ้นการวิจัย โดย.....
2. ขอเก็บตัวอย่างสำหรับตรวจซ้ำ เพื่อยืนยันความถูกต้องของผลการทดลองเป็นระยะเวลา....(ระยะเวลาที่แน่นอน แต่ไม่เกิน 1 ปี)....
3. ขอเก็บตัวอย่างไว้เพื่องานวิจัยในอนาคตเป็นระยะเวลา 10 ปี โดยระบุวิธีเก็บว่าจะเชื่อมโยงถึงข้อมูลของอาสาสมัครหรือไม่อย่างไร สถานที่เก็บและผู้เข้าถึงตัวอย่าง โครงการวิจัยที่จะศึกษาในอนาคตต้องเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยหลักที่ได้รับการรับรอง เช่น ศึกษายีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการดูซึม ย่อยสลาย ยา หรือสารตัวการที่ทำการศึกษาในโครงการหลัก และก่อนทำวิจัยจะต้องเสนอโครงการให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยรับรองจึงจะดำเนินการได้

14. ท่านจะมีสิทธิอย่างไรบ้าง ในฐานะของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย?

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

ปรับให้สอดคล้องกับโครงการวิจัย

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย

5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ดังรายละเอียดข้อมูลติดต่อด้านล่างนี้

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

ที่อยู่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

โทรศัพท์ 056-219100-29 ต่อ 1177

โทรสาร 056-882793

Email: nsru-hec@nsru.ac.th

อาคารอมรินทร์พิทักษ์ ชั้น 2

เลขที่ 398 หมู่ 9 ถนนสวรรค์วิถี ตำบล

นครสวรรค์ตก

อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ 60000

หมายเหตุ* หากท่านต้องการเก็บตัวอย่างทางชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต ให้ท่านแนบเอกสาร AF 04-10 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัยสำหรับ การขอใช้ตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต (ส่วนเพิ่มเติมโครงการวิจัย) เพิ่มเติมดังลิงก์แนบ