โรงพยาบาลชลบุรี CHONBURI HOSPITAL	**สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย** **โรงพยาบาลชลบุรี** Institutional Review Board Chonburi Hospital (IRB-CBH)

แบบฟอร์มเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Informed consent)

ชื่อโครงการวิจัย

……

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)……นามสกุล ……..อายุ……ปี

อยู่บ้านเลขที่…….....หมู่ที่…….ตำบล……...อำเภอ……. จังหวัด……

เป็นบิดา/มารดา/ผู้ปกครองของ (ด.ญ., ด.ช.)……..อายุ……ปี (ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี)

ได้รับฟังคำอธิบายจาก…….. (ชื่อผู้ให้ข้อมูล)

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีการวิจัยอันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจและไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจโดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องจะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้าจะรายงานอาการข้างเคียงขึ้นให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเก็บไว้ 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้วจึงได้ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว

ลายมือชื่ออาสาสมัคร ……

(……)

วัน/เดือน/ปี ……

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล ……

(……)

วัน/เดือน/ปี ……

ลายมือชื่อผู้วิจัยหลัก ……

(……)

วัน/เดือน/ปี ……

โรงพยาบาลชลบุรี CHONBURI HOSPITAL	**สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี** Institutional Review Board Chonburi Hospital (IRB-CBH)

แบบฟอร์มเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Informed consent)

หมายเหตุ : (1) ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กโตแต่อายุไม่ถึง 18 ปีสามารถตัดสินใจเองได้ให้ลงลายมือชื่อทั้งอาสาสมัคร (เด็ก)และผู้ปกครองด้วย

(2) แพทย์ผู้รักษาต้องไม่เป็นผู้ขอความยินยอมอาสาสมัครแต่สามารถให้ข้อมูล/คำอธิบายได้

(3) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อได้ให้ใช้การประทับลายมือแทน ดังนี้:

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี
ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อผู้อธิบาย……..

(……..)

พยาน…… (พยานต้องไม่ใช่แพทย์หรือผู้วิจัย)

(…..……)

ประทับลายนิ้วมือขวา วันที่……เดือน……..….พ.ศ……