

ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์มแบบยินยอม

กรณีอาสาสมัครตนเองได้

กรณีอาสาสมัครตนเองไม่ได้

Site ID: 1 3 7 7 7
Participant ID: 0 0 2 5 7

แบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ
การพัฒนากระบวนการดูแลเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP)

ข้าพเจ้า (นาง, นางสาว) ชื่อ กรรณ ชินอ่อน อายุ 40 ปี
อยู่บ้านเลขที่ 22/13 หมู่ที่ 7 ตำบล บ้านไร่ อำเภอ สีดา จังหวัด ขอนแก่น
ได้รับฟังคำอธิบายจาก ดร. อธิวัฒน์ ชินอ่อน (ชื่อผู้อธิบาย)

อธิบายเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยโครงการพัฒนากระบวนการดูแลเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย
และบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP) ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการ เกี่ยวกับ
วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงานที่ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่
อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้า ยินดี / ไม่ยินดี ให้คณะผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้และยินยอมให้ใช้เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นข้อมูลด้าน
วิทยาศาสตร์ของข้าพเจ้าที่ประโยชน์ในการวิจัยในอนาคตที่ ไม่มีความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจและไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าเอง ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
โดยความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีการฟ้องร้องหรือการฟ้องดำเนินคดีหากเกิด
อาการข้างเคียงซึ่งข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำกับการปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการ
เปิดเผยข้อมูลต่อผู้ให้หน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย รวมทั้งข้าพเจ้ามีสิทธิควบคุมภายในการประเมินข้อมูลส่วนตัว
และขอแก้ไขข้อมูลของข้าพเจ้าให้ถูกต้องได้ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าไม่พอใจ โดยไม่มีผลเสียใดๆ ใน
การบริการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนั้นหรือสถานพยาบาลอื่น และหาก
เกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำกับการปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้อนุญาตยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว

ลายมือชื่ออาสาสมัคร กรรณ
(นาง กรรณ ชินอ่อน)
ลายมือชื่อผู้อธิบาย อธิวัฒน์
(ดร. อธิวัฒน์ ชินอ่อน)
ลายมือชื่อพยาน สุจิต (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)
(นาง สุจิต ชินอ่อน)
วัน 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560

หมายเหตุ: (1) ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กต้องอายุไม่ถึง 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลายมือชื่อทั้งอาสาสมัคร(เด็ก) และผู้ปกครองของเด็กด้วย
(2) แพทย์ผู้รักษาคือเป็นผู้ให้ความยินยอมอาสาสมัคร แต่สามารถให้ข้อมูลคำอธิบายได้
(3) ในกรณีที่ผู้ปกครองอาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนในกรอบด้านล่าง ดังนี้

ข้าพเจ้า ไม่สามารถอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัย/ผู้อธิบายได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อผู้อธิบาย _____
(_____)
ลายมือชื่อพยาน _____ (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)
(_____)

ประทับลายนิ้วมือขวาของอาสาสมัคร _____
(_____)

Dated 29 มิ.ย. 2560

Site ID: 1 3 7 7 7
Participant ID: 0 0 2 5 7

แบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ
การพัฒนากระบวนการดูแลเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP)

ข้าพเจ้า (นาง, นางสาว) ชื่อ กรรณ ชินอ่อน อายุ 40 ปี
อยู่บ้านเลขที่ 22/13 หมู่ที่ 7 ตำบล บ้านไร่ อำเภอ สีดา จังหวัด ขอนแก่น
ได้รับฟังคำอธิบายจาก ดร. อธิวัฒน์ ชินอ่อน (ชื่อผู้อธิบาย)

อธิบายเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยโครงการพัฒนากระบวนการดูแลเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย
และบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP) ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการ เกี่ยวกับ
วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงานที่ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่
อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้า ยินดี / ไม่ยินดี ให้คณะผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้และยินยอมให้ใช้เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นข้อมูลด้าน
วิทยาศาสตร์ของข้าพเจ้าที่ประโยชน์ในการวิจัยในอนาคตที่ ไม่มีความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจและไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าเอง ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
โดยความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีการฟ้องร้องหรือการฟ้องดำเนินคดีหากเกิด
อาการข้างเคียงซึ่งข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำกับการปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการ
เปิดเผยข้อมูลต่อผู้ให้หน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย รวมทั้งข้าพเจ้ามีสิทธิควบคุมภายในการประเมินข้อมูลส่วนตัว
และขอแก้ไขข้อมูลของข้าพเจ้าให้ถูกต้องได้ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าไม่พอใจ โดยไม่มีผลเสียใดๆ ใน
การบริการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนั้นหรือสถานพยาบาลอื่น และหาก
เกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำกับการปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้อนุญาตยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว

ลายมือชื่ออาสาสมัคร _____
(_____)
ลายมือชื่อผู้อธิบาย _____
(_____)
ลายมือชื่อพยาน _____ (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)
(_____)

วัน _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

หมายเหตุ: (1) ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กต้องอายุไม่ถึง 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลายมือชื่อทั้งอาสาสมัคร(เด็ก) และผู้ปกครองของเด็กด้วย
(2) แพทย์ผู้รักษาคือเป็นผู้ให้ความยินยอมอาสาสมัคร แต่สามารถให้ข้อมูลคำอธิบายได้
(3) ในกรณีที่ผู้ปกครองอาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนในกรอบด้านล่าง ดังนี้

ข้าพเจ้า ไม่สามารถอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัย/ผู้อธิบายได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อผู้อธิบาย อธิวัฒน์
(ดร. อธิวัฒน์ ชินอ่อน)
ลายมือชื่อพยาน สุจิต (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)
(นาง สุจิต ชินอ่อน)

ประทับลายนิ้วมือขวาของอาสาสมัคร _____
(_____)

Dated 29 มิ.ย. 2560

ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์มแบบยินยอมอายุต่ำกว่า 18 ปี

กรณีผู้ปกครองเซ็นเองได้

กรณีผู้ปกครองเซ็นเองไม่ได้

แบบฟอร์มสำหรับอาสาสมัครเป็นเด็กที่อายุน้อยกว่า 18 ปี

Site ID: 13777
Participant ID: 00009

แบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ
การพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง, นางสาว) ชื่อ สุวิทย์ นามสกุล ชวรัตน์ อายุ 43 ปี
อยู่บ้านเลขที่ 523/105 หมู่ที่ 2 ตำบล บ้านโคก อำเภอ โขงเจียม จังหวัด อุบลราชธานี
เป็น บิดามารดาผู้ปกครอง ของ (นาย/นางสาว) ชื่อ ณัฏฐ์ นามสกุล ชวรัตน์ อายุ 16 ปี
(ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี) ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาว ณัฏฐ์ (ชื่อผู้อธิบาย)

อธิบายเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยโครงการวิจัยการพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรองตรวจวินิจฉัยและ
บริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP) ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการฯ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และ
ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตราย
ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้า ยินดี/ ไม่ยินดี ให้ตนเอง/ผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ทรัพยากรในการสืบค้นข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล
ของบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าที่ประโยชน์ในการวิจัยในอนาคตที่ผู้มีความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจและไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ายินดีให้บุคคลในปกครอง
ของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่
บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปและหากเกิดมีการข้างเคียงขึ้นข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ใน
ขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย รวมทั้งข้าพเจ้ามีสิทธิตามกฎหมายในการ
ประเมินข้อมูลส่วนตัวและขอแก้ไขข้อมูลของข้าพเจ้าและบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าให้ถูกต้องได้ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษา
นี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในอนาคตต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ
สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ใน
ขณะนั้นทราบทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมให้บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว

ลายมือชื่ออาสาสมัคร สุวิทย์ (นายชวน)
(นาง ณัฏฐ์ ชวรัตน์)
ลายมือชื่อผู้ปกครอง สุวิทย์
(นาง ณัฏฐ์ ชวรัตน์)
ลายมือชื่อผู้อธิบาย ณัฏฐ์
(นางสาว ณัฏฐ์ ชวรัตน์)
ลายมือชื่อพยาน (ไม่ใช่ผู้อธิบาย) ทิพวรรณ
(นางสาว ทิพวรรณ ชวรัตน์)
วัน 12 เดือน เมษายน พ.ศ. 2560

หมายเหตุ: (1) ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กที่อายุไม่ถึง 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อที่อาสาสมัคร(เด็ก) และผู้ปกครองของเด็กร่วมด้วย
(2) แพทย์ผู้รักษาต้องไม่เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับอาสาสมัคร แต่สามารถให้ข้อมูลคำอธิบายได้
(3) ในกรณีที่ผู้ปกครองอาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ทำการประทับลายมือพิมพ์ในกรอบด้านล่าง ดังนี้:

ข้าพเจ้า เป็น บิดามารดา/ผู้ปกครอง ของอาสาสมัคร ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่าน
ข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่ออาสาสมัคร _____ (นายชวน)
ลายมือชื่อผู้อธิบาย _____
ลายมือชื่อพยาน (ไม่ใช่ผู้อธิบาย) _____
ประทับลายนิ้วมือขวาของผู้ปกครอง _____
(ชื่อ-นามสกุล ของผู้ปกครอง) _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

29 ส.ค. 2560

แบบฟอร์มสำหรับอาสาสมัครเป็นเด็กที่อายุน้อยกว่า 18 ปี

Site ID: 13777
Participant ID: 00009

แบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ
การพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง, นางสาว) ชื่อ สุวิทย์ นามสกุล ชวรัตน์ อายุ 43 ปี
อยู่บ้านเลขที่ 523/105 หมู่ที่ 2 ตำบล บ้านโคก อำเภอ โขงเจียม จังหวัด อุบลราชธานี
เป็น บิดามารดาผู้ปกครอง ของ (นาย/นางสาว) ชื่อ ณัฏฐ์ นามสกุล ชวรัตน์ อายุ 16 ปี
(ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี) ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาว ณัฏฐ์ (ชื่อผู้อธิบาย)

อธิบายเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยโครงการวิจัยการพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรองตรวจวินิจฉัยและ
บริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP) ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการฯ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และ
ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตราย
ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้า ยินดี/ ไม่ยินดี ให้ตนเอง/ผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ทรัพยากรในการสืบค้นข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล
ของบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าที่ประโยชน์ในการวิจัยในอนาคตที่ผู้มีความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจและไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ายินดีให้บุคคลในปกครอง
ของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่
บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปและหากเกิดมีการข้างเคียงขึ้นข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ใน
ขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย รวมทั้งข้าพเจ้ามีสิทธิตามกฎหมายในการ
ประเมินข้อมูลส่วนตัวและขอแก้ไขข้อมูลของข้าพเจ้าและบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าให้ถูกต้องได้ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษา
นี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในอนาคตต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ
สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ใน
ขณะนั้นทราบทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมให้บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว

ลายมือชื่ออาสาสมัคร _____ (นายชวน)
(นาง ณัฏฐ์ ชวรัตน์)
ลายมือชื่อผู้ปกครอง _____
(นาง ณัฏฐ์ ชวรัตน์)
ลายมือชื่อผู้อธิบาย _____
(นางสาว ณัฏฐ์ ชวรัตน์)
ลายมือชื่อพยาน (ไม่ใช่ผู้อธิบาย) _____
(นางสาว ทิพวรรณ ชวรัตน์)
วัน _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

หมายเหตุ: (1) ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กที่อายุไม่ถึง 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อที่อาสาสมัคร(เด็ก) และผู้ปกครองของเด็กร่วมด้วย
(2) แพทย์ผู้รักษาต้องไม่เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับอาสาสมัคร แต่สามารถให้ข้อมูลคำอธิบายได้
(3) ในกรณีที่ผู้ปกครองอาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ทำการประทับลายมือพิมพ์ในกรอบด้านล่าง ดังนี้:

ข้าพเจ้า เป็น บิดามารดา/ผู้ปกครอง ของอาสาสมัคร ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่าน
ข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่ออาสาสมัคร ณัฏฐ์ (นายชวน)
(นาง ณัฏฐ์ ชวรัตน์)
ลายมือชื่อผู้อธิบาย ณัฏฐ์
(นางสาว ณัฏฐ์ ชวรัตน์)
ลายมือชื่อพยาน (ไม่ใช่ผู้อธิบาย) ทิพวรรณ
(นางสาว ทิพวรรณ ชวรัตน์)
ประทับลายนิ้วมือขวาของผู้ปกครอง _____
(ชื่อ-นามสกุล ของผู้ปกครอง) _____ เดือน 12 พ.ศ. 2560

29 ส.ค. 2560

ตัวอย่างรูปถ่ายหรือภาพสแกนบัตรประจำตัวประชาชนของอาสาสมัคร

แบบฟอร์มสำหรับอาสาสมัครเป็นเด็กที่อายุน้อยกว่า 18 ปี		Site ID: 1 3 7 7 7
		Participant ID: [] [] [] [] [] []
แบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ		
การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี		
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP)		
ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ชื่อ <u>สุชาติ</u> นามสกุล <u>ชาตรี</u> อายุ <u>43</u> ปี		
อยู่บ้านเลขที่ <u>523/105</u> หมู่ที่ <u>2</u> ตำบล <u>บ้านใหม่</u> อำเภอ <u>ไชยภูมิ</u> จังหวัด <u>ขอนแก่น</u>		
เป็น บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ของ (นาย, นางสาว) ชื่อ <u>นางสาว</u> นามสกุล <u>ชาตรี</u> อายุ <u>16</u> ปี		
(ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี) ได้รับพินัยกรรมจาก <u>นางสาว อรุณ</u> <u>ใจดี</u> (ชื่อผู้อภัย)		
อธิบายเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยโครงการวิจัยการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองตรวจวินิจฉัยและ		
บริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP) ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และ		
ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตราย		
ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้		
ข้าพเจ้า <input checked="" type="checkbox"/> ยินดี/ <input type="checkbox"/> ไม่ยินดี ให้คณะผู้		
ของบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์		
ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่		
ของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัคร		
บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปและ		
ขณะนั้นทราบทันที		
ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะ		
ผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่		
ประเมินข้อมูลส่วนตัวและขอแก้ไขข้อมูลของข้าพ		
เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ		
สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหา		
ขณะนั้นทราบทันที		
ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมให้บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว		
ลายมือชื่ออาสาสมัคร <u>สุชาติ</u> (นายชน)		
ลายมือชื่อผู้ปกครอง <u>นางสาว</u> (นางสาว)		
ลายมือชื่อผู้อภัย <u>นางสาว อรุณ</u> (นางสาว)		
ลายมือชื่อพยาน <u>ทิพวรรณ</u> (ไม่ใช่ผู้อภัย)		
วัน <u>12</u> เดือน <u>มิถุนายน</u> พ.ศ. <u>2560</u>		
หมายเหตุ: (1) ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กโดยอายุไม่ถึง 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อทั้งอาสาสมัครและผู้ปกครองของเด็กด้วย		
(2) แพทย์ผู้รักษาคือไม่เป็นข้อความยินยอมอาสาสมัคร แต่สามารถให้ข้อมูลคำอธิบายได้		
(3) ในกรณีที่ผู้ปกครองอาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนในกรอบด้านล่าง ดังนี้:		
ข้าพเจ้า เป็น บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ของอาสาสมัคร ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้		
ข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าทั้งใจทั้งใจ ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ		
ลายมือชื่ออาสาสมัคร _____ (นายชน)		
ลายมือชื่อผู้ปกครอง _____ (นางสาว)		
ลายมือชื่อผู้อภัย _____ (นางสาว)		
ลายมือชื่อพยาน _____ (ไม่ใช่ผู้อภัย)		
ประทับลายนิ้วมือขวาของผู้ปกครอง _____		
(ชื่อ นามสกุล ของผู้ปกครอง) _____ เดือน _____ พ.ศ. _____		
29 ส.ค. 2560		