

**แบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ  
การพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี  
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP)**

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ชื่อ ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
เป็น บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ของ (นาย, นางสาว) ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี  
(ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี) ได้รับฟังคำอธิบายจาก..... (ชื่อผู้อธิบาย)

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

ข้าพเจ้า  ยินดี/  ไม่ยินดี ให้คณะผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้และยินยอมให้ใช้รหัสประชาชนในการสืบค้นข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล  
ของบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการวิจัยในอนาคตที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ายินดีให้บุคคลในปกครอง  
ของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่  
บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปและหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้นข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ใน  
ขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป  
ผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย รวมทั้งข้าพเจ้ามีสิทธิตามกฎหมายในการ  
ประเมินข้อมูลส่วนตัวและขอแก้ไขข้อมูลของข้าพเจ้าและบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าให้ถูกต้องได้ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษา  
เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ  
สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ใน  
ขณะนั้นทราบทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมให้บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว



ลายมือชื่ออาสาสมัคร ..... (เยาวชน)  
(.....)

ลายมือชื่อผู้ปกครอง .....  
(.....)


ลายมือชื่อผู้อธิบาย .....  
(.....)

ลายมือชื่อพยาน ..... (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)  
(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

- หมายเหตุ:** (1) ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กแต่อายุไม่ถึง 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อทั้งอาสาสมัคร(เด็ก) และผู้ปกครองของเด็กด้วย  
(2) แพทย์ผู้รักษาต้องไม่เป็นผู้ขอความยินยอมอาสาสมัคร แต่สามารถให้ข้อมูล/คำอธิบายได้  
(3) ในกรณีที่ผู้ปกครองอาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนในกรอบด้านล่าง ดังนี้:

ข้าพเจ้า เป็น บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ของอาสาสมัคร ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่าน  
ข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจ ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

	ลายมือชื่ออาสาสมัคร ..... (เยาวชน) (.....)
ประทับลายนิ้วมือขวาของผู้ปกครอง .....	ลายมือชื่อผู้อธิบาย ..... (.....)
(ชื่อ-นามสกุล ของผู้ปกครอง)	ลายมือชื่อพยาน ..... (ไม่ใช่ผู้อธิบาย) (.....)
	วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

Site ID: 

--	--	--	--

Participant ID: 

--	--	--	--

**แบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ  
การพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี  
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP)**

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ชื่อ ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
ได้รับฟังคำอธิบายจาก.....(ชื่อผู้อธิบาย)

อธิบายเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยโครงการวิจัยการพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP) ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการฯ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้า  ยินดี /  ไม่ยินดี ให้คณะผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้และยินยอมให้ใช้รหัสประชาชนในการสืบค้นข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการวิจัยในอนาคตที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นเงินข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปและหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้นข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย รวมทั้งข้าพเจ้ามีสิทธิตามกฎหมายในการประเมินข้อมูลส่วนตัว และขอแก้ไขข้อมูลของข้าพเจ้าให้ถูกต้องได้ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว



ลายมือชื่ออาสาสมัคร .....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย .....

ลายมือชื่อพยาน ..... (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

- หมายเหตุ: (1) ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กแต่อายุไม่ถึง 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อทั้งอาสาสมัคร(เด็ก) และผู้ปกครองของเด็กด้วย  
(2) แพทย์ผู้รักษาต้องไม่เป็นผู้ขอความยินยอมอาสาสมัคร แต่สามารถให้ข้อมูล/คำอธิบายได้  
(3) ในกรณีที่ผู้ปกครองอาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนในกรอบด้านล่าง ดังนี้:

ข้าพเจ้า ไม่สามารถอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัย/ผู้อธิบายได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ประทับลายนิ้วมือขวาของอาสาสมัคร

.....

(ชื่อ-นามสกุล ของอาสาสมัคร)

ลายมือชื่อผู้อธิบาย .....

ลายมือชื่อพยาน ..... (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....