

**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)

อธิบายเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยโครงการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรองตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP) ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการฯ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้า  ยินดี/  ไม่ยินดี ให้คณะผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้และยินยอมให้ใช้รหัสประชาชนในการสืบค้นข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลของบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการวิจัยในอนาคตที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ายินดีให้บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปและหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้นข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย รวมทั้งข้าพเจ้ามีสิทธิตามกฎหมายในการประเมินข้อมูลส่วนตัวและขอแก้ไขข้อมูลของข้าพเจ้าและบุคคลในปกครองของข้าพเจ้าให้ถูกต้องได้ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในอนาคตต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมให้บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว

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

วัน.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลายมือชื่อผู้ปกครอง .....  
 (.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย .....  
 (.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

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

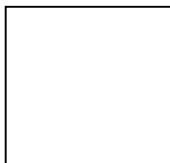
วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



วันที่ 19 ม.ค. 2565

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

ข้าพเจ้า เป็น บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ของอาสาสมัคร ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ประทับลายนิ้วมือขวาของผู้ปกครอง

.....  
 (ชื่อ-นามสกุล ของผู้ปกครอง)

วัน.....เดือน.....พ.ศ. ....

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

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย .....  
 (.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

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

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....