



ที่ ศธ 0514.1.61(กสศ)01/๐๒๒

โครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาคารเวชวิชาการ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

๑๑ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง แจ้งปรับเปลี่ยนแบบคำชี้แจงและแบบบินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. แบบคำชี้แจงอาสาสมัคร	1 ชุด
	2. แบบบินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ	1 ชุด

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ โครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP) มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินโครงการ “โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๕ พรรษา” และนอกจากมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในผู้ใหญ่แล้ว ยังพบมีรายงานการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษา ทางโครงการฯ จึงได้มีการขยายกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ ๗ ปีขึ้นไป

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและสอดคล้องกับจริยธรรมการวิจัย จึงขอแจ้งเปลี่ยนแปลงแบบคำชี้แจงอาสาสมัคร และแบบบินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ เพื่อให้เป็นไปตามรายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาดังนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นรนค์ ขันตีแก้ว)

หัวหน้าโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

แบบคำขอจ้างอาสาสมัคร

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Health System Development for Screening, Early Diagnosis and Management of Cholangiocarcinoma in Northeast, Thailand)

หัวหน้าโครงการวิจัย : รศ.นพ. ณรงค์ ขันติแก้ว

บทนำ โรคมะเร็งท่อน้ำดี ถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันเนื่องมาจากการมีความซุกของการติดพยาธิใบไม้ตับสูงและมีอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก คือประมาณ 113.4 ในผู้ชายและ 49.8 ในผู้หญิงต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และจากการประมาณการพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 20,000 คนต่อปี ในปัจจุบันยังขาดแนวทางในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถตรวจพบผู้ป่วยในระยะต้นซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการวางแผนแนวทางในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคนี้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพโดยหวังผลให้หายขาด (curative treatment) หรือได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น รวมถึงการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายระดับชาติด้านสาธารณสุขของประเทศไทยท่องานนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบบริการ การคัดกรอง ส่งต่อ รักษาและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยประเทศไทยท่องานนี้ด้วยความสมมศรใจ หากท่านตกลงจะเข้าร่วมการศึกษานี้ นั่นคือท่านอนุญาตให้เราซักประวัติเก็บข้อมูลและตรวจร่างกายจากท่านเพื่อการศึกษาวิจัยนี้ โดยเป็นการสมมศรใจเท่านั้น หากท่านไม่เข้าร่วมในการศึกษานี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติ ที่ควรจะได้รับจากโรงพยาบาลที่นี่และที่อื่นๆ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษานี้ท่านสามารถขอถอดการเข้าร่วมในการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ตามที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาเช่นกัน

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยและเขียนข้อเป็นหลักฐานลงในแบบบันทึกขออาสาสมัครแล้ว ท่านจะได้รับ

1. การตรวจคัดกรองโดยการซักประวัติ
2. การตรวจอุจจาระเพื่อตรวจหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและพยาธิอื่นๆ ในอาสาสมัครอายุ 7 ปีขึ้นไป โดยเก็บอุจจาระ 10 กรัมในกระป๋องเก็บตัวอย่าง และเก็บปัสสาวะประมาณ 15 มิลลิลิตร หากพบว่าเชื้อพยาธิจะได้รับยารักษาพยาธิที่พับตามความเหมาะสม
3. การตรวจอัลตร้าซาวด์ซ่องท้องในอาสาสมัครที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เพื่อหาความผิดปกติของระบบท่อน้ำดี และรับการรักษาเป็นกรณีพิเศษหากตรวจพบพยาธิสภาพ ในการณ์นี้ท่านต้องงดอาหารก่อนรับการตรวจอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง
4. การสัมภาษณ์ประวัติความเจ็บป่วยและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที ซึ่งท่านไม่จำเป็นต้องตอบคำถามที่ท่านไม่ต้องการตอบ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและการตรวจด้านๆ ของท่านจะถูกนำไปรวมกับข้อมูลของอาสาสมัครคนอื่นๆ ที่เข้าร่วมในการศึกษา โดยข้อมูลของท่านเป็นความลับและเราจะใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลของท่านในแบบบันทึกข้อมูลและการสืบค้นซึ่งของท่าน และรหัสประจำตัวของท่านในการศึกษานี้จะมีเพียงกลุ่มผู้ศึกษาวิจัยนี้เท่านั้นที่สามารถเข้าถึง หากเราตีพิมพ์ผลการศึกษาในวารสารทางการแพทย์ จะไม่มีการระบุชื่อของท่านไม่ว่ากรณีใดๆ ผลการตรวจร่างกายจะแจ้งให้ทราบทันที หรือส่งผลกลับให้ทราบผ่าน อสม. ที่ดูแลสุขภาพหรือท่านโดยตรงตามความประสงค์ของท่าน

5. หากท่านอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป แล้วตรวจพบว่ามีประวัติการรับประทานปลาเนื้อสันดิบ หรือมีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับจะถือว่าท่านเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง เราจะนัดท่านมาตรวจอัลตร้าซาวด์ช้าทุกปี ในรายที่มีพยาธิสภาพของท่อทางเดินน้ำดีโดยเฉพาะการหนาตัวของท่อทางเดินน้ำดี (Periductal fibrosis) จะถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดย เราจะนัดท่านมาตรวจอัลตร้าซาวด์ช้าทุก 6 เดือน และหากพบว่าอาสาสมัครได้รับการวินิจฉัยว่ามีมะเร็งท่อน้ำดี จะได้รับการตรวจยืนยันโดยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และได้รับการอธิบายอย่างดีจากผู้ให้การรักษาและหากอาสาสมัครยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา ก็จะได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาทางคลินิก ที่ได้วางเอาไว้แล้วแต่หากผู้ป่วยป่วยเสร็จที่จะเข้ารับการรักษา ก็เป็นสิทธิโดยชอบธรรมของผู้ป่วย แต่โครงการก็จะยังติดตามผู้ป่วยอยู่ต่อไป
6. ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากการตรวจอัลตร้าซาวด์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องงดน้ำดื่มน้ำอุ่นตรวจอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง อาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดอาการวิงเวียนศีรษะได้ในรายที่มีร่างกายไม่แข็งแรง หรือมีโรคประจำตัว เช่นโรคเบาหวาน แต่ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดตามมาตรฐานการแพทย์
7. ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ การตรวจอัลตร้าซาวด์ซ่องห้อง ในกรณีที่พบพยาธิสภาพจะได้รับคำแนะนำและส่งตัวต่อเพื่อรักษาต่อไปตามปกติ และจะได้รับการตรวจติดตามในรายที่ต้องเฝ้าระวังเป็นระยะเวลา 3 ปี ตามระยะเวลาโครงการ
8. ค่าใช้จ่ายในการวิจัย/ค่าชดเชยเดินทาง/ค่าเสียเวลา อาสาสมัครจะไม่ได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
9. การรักษาความลับ ข้อมูลของท่านเป็นความลับและเราจะใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลของท่านในแบบบันทึกข้อมูลและการสืบค้นข้อมูลของท่านและรหัสประจำตัวของท่าน ในการศึกษานี้จะมีเพียงกลุ่มผู้ศึกษาวิจัยนี้เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล หากเราต้องมีการเผยแพร่ผลการศึกษาในวารสารทางการแพทย์ จะไม่มีการระบุชื่อของท่านไม่ว่ากรณีใดๆ

หากท่านมีปัญหาข้อสงสัยในภายหลังหรือต้องการทราบผลการตรวจใดๆ ที่ดำเนินการโดยโครงการวิจัยนี้ท่านสามารถติดต่อ รศ.นพ.ณรงค์ ขันติแก้ว (หัวหน้าโครงการ) ภาควิชาศัลยศาสตร์

รศ.พญ.นิตยา งามฤทธิ ภาควิชารังสีวิทยา และ

ศ.ดร.ไฟบูลย์ สิทธิการ ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทรศัพท์ : 043-202691 และ 043-203769

โทรศัพท์มือถือ : 088-5710298

โทรสาร : 043-202693

แหล่งให้ข้อมูลหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิอาสาสมัคร

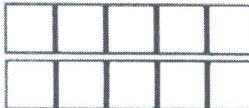
สำนักงานคณะกรรมการจิริยารัฐมนตรีวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อาคารเวลาชีวภาพ ชั้น 3 ห้อง 5317 ตึกเวลาชีวภาพ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002

โทรศัพท์(เมืองตีอ) 089-7141913 เบอร์โทรศัพท์ ภายใน 67133, 67134





แบบอินย้อมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ การพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP)

ที่พำนัก (นาย, นาง, นางสาว) ชื่อ นามสกุล อายุ

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
เป็น บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ของ (เด็กชาย,เด็กหญิง,นาย, นางสาว)ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี
(ในการพิจารณาสามัญศรีเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี) ได้รับพัสดุคำขออภัยจาก..... (ผู้ตัดสินใจ)

อธิบายเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการตรวจสอบคัดกรองตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP) ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการฯ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการที่ทำให้การวิจัยขึ้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ดีของปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่บุคคลในภาคตะวันออกของข้าพเจ้าจะได้รับ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งข้อมูลจากโครงการฯ วิจัยนี้

ข้าพเจ้า ยินดี/ ไม่ยินดี ให้คณะผู้ว่าจังเก็บรักษาข้อมูลไว้และยินยอมให้ใช้รหัสประชาชนในการสืบค้นข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลของบุคคลในปัจจุบันของข้าพเจ้าเพื่อประยุกต์ในการวิจัยในอนาคตที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยรวมถึงการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยสรุป rằngว่าจะตอบคำถามด่างๆที่ข้าพเจ้าสังสัตต์ความเด็มใจไปบัดบังช่อนเรียนข้าพเจ้าขอใช้ ข้าพเจ้ายินต์ให้บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปและหากเกิดภัยการข้างต้นข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังดูแลบุคคลนี้ทราบทันที

ผู้ว่าจังหวัดมองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับบุคคลในปีครองของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย รวมทั้งข้าพเจ้ามีสิทธิตามกฎหมายในการประเมินข้อมูลส่วนตัวและขอแก้ไขข้อมูลของข้าพเจ้าและบุคคลในปีครองของข้าพเจ้าให้ถูกต้องได้ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษาใดเมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าประนีห์ โดยไม่เสียสิทธิใดๆ ในกระบวนการวิจัยพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปที่ในปัจจุบันยังคงอนาคต ลดความพยายามแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีอาการข้างเคียงซึ่งข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมให้บุคคลในปีครองของข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว

ถ้ามีอื่นๆ อ่าสานมีคร ... (เบกวน)

(

รับ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

58.1 58.2 58.3 58.4 58.5 58.6

ค่ายมืออาชีวศึกษา

วัน _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
ลายมือที่อพยาน (ไม่ผู้อธิบาย)

ก็จะต้องมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา เช่น การจัดการความเสี่ยงทางการเงิน การจัดการความเสี่ยงทางกฎหมาย และการจัดการความเสี่ยงทางภัยคุกคาม

(3) ໃຫຍ່ວິທີ່ໄວ້ຮັດວຽກຂອງບໍລິສັດ ລົງທະບຽນຂອງລົງຄວາມເຫຼືອຕົວ ແລ້ວໃຫຍ່ວິທີ່ໄວ້ຮັດວຽກຂອງບໍລິສັດ ທີ່ໄດ້

ข้าพเจ้า เป็น บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ของเด็กชาย/เด็กหญิงชื่อ _____ อายุ _____ ปี เดือน _____ เดือน เดือน เดือน พ.ศ. _____ ที่อยู่ _____ ถนน _____ แขวง _____ กรุงเทพฯ จังหวัด _____ ประเทศไทย หมายเลขบ้าน _____ ห้อง _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ อีเมล _____

ความพึงพอใจในการสูบบุหรี่ (เยาวชน)

๒๙ ต้อน พ.ศ.

การบันทึกข้อมูลการ

20. 10. 1964. N.R.

ประทับใจนี้มือขาวของผู้ปกครอง

(ខេត្ត-បានសកុត ខែងដូរពីករង)

Site ID:

แบบบินยื่นອນอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP)

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

อธิบายเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยโครงการวิจัยการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(ASCASCAP) ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการฯ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติทั่วที่ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่คาดเจ้าจะได้รับ ผลลัพธ์ที่ต้องรายงานติดตามที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้า อินดี้ / ไม่อินดี้ ให้คณะผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้และยินยอมให้ใช้รหัสประชาชัชนในการสืบค้นข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการวิจัยในอนาคตที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้จัดสรรง่วงว่าจะต้องคำนึงถึงที่ข้าพเจ้าสังสัยด้วยความเดื้อเมื่อไม่ได้ปิดบังช่องเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปและหากเกิดมีอาการขึ้นมาข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยสรุปรองกว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลเพื่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย รวมทั้งข้าพเจ้ามีสิทธิตามกฎหมายในการประเมินข้อมูลส่วนตัวและข้อแก้ไข ข้อมูลของข้าพเจ้าให้ถูกต้องได้ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษาชานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าประณญา โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ใน การรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดกรณีการ ข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำจำกัดความของข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว



ลายมือชื่อพ่อค้าสานัคร
(.....)

วัน เดือน พ.ศ.

ลายมือชื่อผู้อธิบาย
(.....)

ลายมือชื่อพยาน (ไม่ใช้ผู้อธิบาย)

วัน เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ: (1) ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กไม่ถึง 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้หลังลามบี้มือชื่อที่อาสาสมัคร(เด็ก) และผู้ปกครองของเด็กด้วย
(2) แพทย์ผู้รักษาต้องไม่เป็นผู้ชี้ขอความยินยอมอาสาสมัคร แต่สามารถให้ข้อมูล/คำอธิบายได้
(3) ในการนับผู้ป่วยของอาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ให้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนในกรอบด้านล่าง ดังนี้:

ข้าพเจ้า ไม่สามารถถือกันหนังสือหรือเขียนหนังสือได้ แต่ผู้อ้างอิงได้อ่านข้อความในแบบอินยองนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟัง จนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนี้ไว้ข้างของข้าพเจ้าในแบบอินยองนี้ด้วยความเต็มใจ



ประทับใจผู้มีอวัยวะของอาสาสมัคร

ລາຍນັ້ນຄວບຄືຜູ້ອອຸປະກາຍ
(.....)

วัน เดือน พ.ศ.
ลายมือชื่อพยาน (ลงชื่อ)

ເມືອງ ໂກໂຈນ ສາທາລະນະລັດ

๕๖ ๑๒๘ ๗๙

卷之三