รหัส AF 08-05

**(ตัวอย่าง) เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย**

**สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Informed Consent Form)**

ชื่อโครงการวิจัย ............................................................................................................................ ...............

วันให้คำยินยอม วันที่.............เดือน..............................................................พ.ศ. ............................ ..........

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว....................................................................................................................... ..........

ที่อยู่....................................................................................................................................................................

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง ของ.ด.ช/ด.ญ/นาย/นาง/นางสาว..................................................................

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมา ฉบับวันที่ ......................................... แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว............................................................ เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในความดูแลข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในความดูแลข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวผู้ที่อยู่ในความดูแลข้าพเจ้า และผู้วิจัยรับรองว่าเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วจะทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้ที่อยู่ในความดูแลข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้ที่อยู่ในความดูแลข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยของผู้ที่อยู่ในความดูแลข้าพเจ้าเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ผู้ที่อยู่ในความดูแลข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

หากข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในความดูแลข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนีนครลำปาง โทรศัพท์ 054-225-254 ต่อ 114

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้ของ.ด.ช/ด.ญ/นาย/นาง/นางสาว.................................................................. เข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจจึงได้ ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..................................................................... ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง

(.............................................................................................) ลงชื่อ ตัวบรรจง

วันที่ ...........เดือน.........................................พ.ศ....................

 ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการ วิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

 ...................................................................................... ลงนามผู้ทำวิจัย

 (..........................................................................) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ ...........เดือน...............................พ.ศ....................

 .......................................................................................... ลงนามพยาน (............................................................................) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ ...........เดือน...............................พ.ศ....................