



## หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

### INFORMED CONSENT FORM

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

บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ เลขที่ .....

ขอให้ความยินยอมของตนเอง ที่จะเข้าเกี่ยวข้องในการวิจัย/ค้นคว้า เรื่อง โครงการเฝ้าระวัง และ คัดกรอง  
โรคมะเร็งเซลล์ตับในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

ซึ่งผู้วิจัย 1 ได้แก่ นายแพทย์ชาลี เลหาพันธ์

หรือผู้วิจัย 2 ได้แก่ แพทย์หญิงทัศนีย์ ศรีประยูร

หรือผู้วิจัย 3 ได้แก่ แพทย์หญิงนราวดี โฆษิตเกสัช

ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับโครงการวิจัยครั้งนี้แล้ว (ตามรายละเอียดที่แนบมากับหนังสือยินยอมนี้)

ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามใดๆ ที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วม  
โครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่  
เป็นสรุปผลโครงการวิจัย และผู้วิจัยจะปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจแก่ข้าพเจ้า  
ตลอดโครงการวิจัยนี้ และรับรองว่าหากเกิดมีอันตรายใดๆ จากโครงการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ  
รักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้  
เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับ และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจ  
หรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย

คือ นายแพทย์ชาลี เลหาพันธ์ ได้ที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาภรณ์

โทรศัพท์ 02-576-6000 โทรสาร ..... มือถือ .....

หรือ แพทย์หญิงทัศนีย์ ศรีประยูร ได้ที่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โทรศัพท์ 02-576-6000 โทรสาร ..... มือถือ 081-9144109

หรือ แพทย์หญิงนราวดี โฆษิตเกสัช ได้ที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาภรณ์

โทรศัพท์ 02-576-6000 โทรสาร ..... มือถือ .....

(ลงนาม) ..... ผู้ยินยอม

(.....)

(ลงนาม) ..... ผู้วิจัย 1 / 2 / 3

(.....)

(ลงนาม) ..... พยาน

(.....)

วันที่ .....