

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(สำหรับผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม)**

วันที่ 18 เดือน ๘ พ.ศ. 2564

ข้าพเจ้า น.ส. อภิสรา ตา อายุ 26 ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่ 345 ถนน - ตำบล มีนาค อำเภอ มีนาค
จังหวัด ชลบุรี รหัสไปรษณีย์ 40110 เบอร์โทรศัพท์ 099-2106040
เป็นบิดา มารดา ผู้ปกครองของ (ค.ช.ค.ญ.) อธิษฐ์ ล้วนเชื้อ อายุ 2 ปี 6 เดือน

ขอแสดงเจตนายินยอมให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่องอาการทางคลินิกและภาพรังสีเท้า กับผลการรักษาผู้ป่วยเด็กเท้าปุก โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของโครงการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด ได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้วิจัยเรียบร้อยแล้วโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่เด็กในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับทั้งในปัจจุบันและต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวที่ได้รับจากการวิจัย โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของเด็กในปกครองของข้าพเจ้าที่เกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด

หากข้าพเจ้ามีข้อคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยขึ้นกับเด็กในปกครองของข้าพเจ้าข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับแพทย์หญิงดวงใจ ลีประกอบบุญ โทรศัพท์ 065-4629162

หากเด็กในปกครองของข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้ที่ “สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลขอนแก่น ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 โทร.043-009900 ต่อ 1602 หรือโทร 090-2153803”

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

(พ.ร. ๐๖๐/๖๓)

วันที่.....

ลงชื่อ.....อนัน.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม

(various unknown)

วันที่ 18 ธ.ค. 64

**** ในกรณีที่ผู้ปกครองไม่สามารถอ่านหนังสือ / ลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายมือนิ้วแทนดังนี้**

ในกรณีผู้ปกครองไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมวิจัยคือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านเขียนหนังสือได้แต่มีผู้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี
ข้าพเจ้าจึงพิมพ์ลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



พิมพ์ลายนิ้วมือขวาของ

นาย / นาง / นางสาว.....(ผู้ปกครอง)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....