**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ**

**สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (Informed Consent Sheet)**

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

ข้าพเจ้า....................................................................................................อายุ.....................ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่...............................ถนน.........................................ตำบล............................................อำเภอ...........................................จังหวัด.................................. รหัสไปรษณีย์.................................... โทรศัพท์ .................................................

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง...(ชื่อโครงการภาษาไทย)……………...………………………..

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

สำหรับการอนุญาตให้เก็บเลือดไว้เพื่อการวิจัยต่อในอนาคต (โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง □ หน้าข้อความข้างล่าง ตามความสมัครใจ)

□ ข้าพเจ้าไม่สมัครใจให้เก็บเลือดไว้เพื่อการวิจัยต่อในอนาคต ผู้วิจัยจะทำลายเลือดที่เหลือจากการวิจัยครั้งนี้ทิ้ง

□ ข้าพเจ้าสมัครใจให้เก็บเลือดไว้เพื่อการวิจัยต่อในอนาคต โดยข้าพเจ้าได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมให้เก็บเลือดที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคตอีกฉบับหนึ่งแล้ว

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

**หาก**ข้าพเจ้า**มีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ (ระบุชื่อผู้รับผิดชอบที่โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง)**

/หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติ.....

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนส่วนกลาง สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขโทรศัพท์ 02-849-6224 ,6225 โทรสาร 02-849-6224

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

|  |  |
| --- | --- |
| ลงชื่อ.....................................................................  (...........................................................................)  ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม  วันที่........./.........../........... | ลงชื่อ.....................................................................  (...........................................................................)  ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย  วันที่........./.........../........... |

# ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ..........

# .............................................................. จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....................................................................พยาน

(...........................................................................)

วันที่........./.........../...........