

โรงพยาบาลเด็ก ลอสแอนเจลิส  
การยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ชื่อผู้รับการทดลอง \_\_\_\_\_  
หมายเลขประวัติทางการแพทย์: \_\_\_\_\_ วันเกิด \_\_\_\_\_

ท่านหรือบุตรหลานของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้  
หมายถึง การที่นักวิทยาศาสตร์ (แพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ )  
พยายามที่จะสร้างความเข้าใจในบางสิ่งบางอย่างเพื่อเสริมสร้างความรู้ใหม่  
การศึกษาวิจัยอาจจะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการทำงานของร่างกาย สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค  
วิธีการรักษาโรคต่าง ๆ หรือ อาจจะเกี่ยวกับความรู้สึก และ  
ความคิดของบุคคลต่อบางสิ่งบางอย่าง  
ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าท่านหรือบุตรหลานของท่านจะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้หรือไม่  
นี้ ผู้ดำเนินการวิจัยจะต้องอธิบายให้ท่านทราบถึง (i) วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย  
วิธีดำเนินการ และ ระยะเวลาของการวิจัย (ii)  
ขั้นตอนการวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทดลอง (ถูกทดลอง) (iii) ความเสี่ยง  
ความไม่สะดวกสบาย และ ประโยชน์ของการวิจัยที่อาจเกิดขึ้น (iv) วิธีดำเนินการ หรือ  
การรักษาอื่นๆที่เป็นประโยชน์ และ (v) วิธีการเก็บข้อมูลส่วนตัวของท่านไว้เป็นความลับ  
ในบางกรณี ผู้ดำเนินการวิจัยต้องแจ้งให้ท่านทราบถึง (i) ค่าตอบแทน หรือ  
การรักษาพยาบาลหากมีอันตราย หรือ การบาดเจ็บเกิดขึ้น (ii)  
ความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ (iii)  
สถานการณ์ที่ผู้ดำเนินการวิจัยอาจขอให้ท่านหยุดการเข้าร่วม (iv)  
ค่าใช้จ่ายที่ท่านอาจจะต้องรับผิดชอบ (v) ผลที่จะเกิดขึ้นหากท่านตัดสินใจหยุดการเข้าร่วม  
(vi)  
กำหนดการที่ท่านจะได้รับทราบเกี่ยวกับการค้นพบใหม่ๆในการวิจัยอันอาจจะมีผลต่อความ  
เต็มใจของท่านในการเข้าร่วม และ (vii) จำนวนผู้เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย  
หากท่านตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย  
ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารที่มีการลงลายมือชื่อฉบับนี้  
และสำเนาหนังสือยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติแล้วเป็นภาษาอังกฤษ  
หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับการวิจัย หรือ  
ต้องการทราบว่าทำอย่างไรหากท่านได้รับบาดเจ็บ กรุณาติดต่อ \_\_\_\_\_  
ได้ตลอดเวลาที่ \_\_\_\_\_

หากท่านมีคำถามใดๆเกี่ยวกับสิทธิของท่านในฐานะเป็นผู้รับการทดลองในการศึกษาวิจัย ท่านสามารถติดต่อฝ่ายปกป้องผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย CHLA Human Subjects Protection Program ได้ที่หมายเลข 323-361-2265

การเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้เป็นความสมัครใจของท่าน (ท่านตัดสินใจเข้าร่วมด้วยตนเอง) ท่านจะไม่ได้รับการปรับโทษ หรือ สูญเสียผลประโยชน์ใดๆหากท่านปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือ ตัดสินใจออกจากการศึกษาวิจัย การลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ แสดงว่าท่านได้รับทราบข้อมูลการศึกษาวิจัย รวมทั้งข้อมูลต่างๆข้างต้นโดยการบอกเล่าทางวาจาจากผู้ดำเนินการวิจัยแล้ว และท่านสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วม

วันที่

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ลายมือชื่อผู้ปกครอง (ถ้ามี)

วันที่

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ชื่อตัวบรรจง/ลายมือชื่อของพยาน

วันที่

*The witness's signature serves to attest that he/she provided the interpreting services and assisted with conveying explanation and questions and answers in the language spoken by the subject or the subject's parent/legal guardian.*