แบบฟอร์มย่อสำหรับผู้ที่ไม่ใช้ภาษาอังกฤษ

ชื่อการวิจัย: _____

_____

ท่านกำลังถูกขอให้เข้าร่วมการวิจัยค้นคว้า ก่อนที่ท่านจะตอบตกลงรับ
เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ทำการวิจัยหรือแพทย์จะต้องบอกข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยต่อไปนี้ให้ท่านได้รับทราบ:

- ทำไมการวิจัยนี้จึงต้องถูกกระทำขึ้น
- อะไรจะเกิดขึ้นกับท่าน หากท่านอยู่ในการวิจัย (การทำข้อสอบ, การทดสอบ, การทำการปฏิบัติรักษา, ฯลฯ)
- ส่วนใดบ้างของการวิจัยเป็นการทดลอง
- ความเสี่ยง, ความรู้สึกไม่สบายต่างๆ และ ผลประโยชน์จากการวิจัยที่อาจจะได้รับ (โอกาสของผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นกับท่านจากการทดสอบหรือการปฏิบัติรักษา โดยที่เราไม่รู้มาก่อนล่วงหน้ามีได้เสมอ)
- ทางเลือกที่จะอยู่ในการวิจัย
- บันทึกของท่านที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาให้คงความเป็นส่วนตัวอย่างไร
- ท่านจะได้รับการรักษาอย่างไร หากท่านได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยระหว่างการวิจัยและท่านจะต้องเสียค่าพยาบาลเองหรือไม่
- การวิจัยจะทำให้ท่านเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือไม่
- สถานการณ์ที่แพทย์สามารถสั่งให้ท่านออกจากการวิจัย
- อะไรจะเกิดขึ้นเมื่อท่านตัดสินใจที่จะหยุดเข้าร่วมในการวิจัย
- ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลใหม่ ๆ จากการวิจัยอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากข้อมูลนี้อาจจะมีผลกระทบต่อการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมการวิจัยต่อไป
- จำนวนคนที่เข้าร่วมการวิจัยนี้มีเท่าใด

สถานที่สำหรับติดต่อในกรณีที่มีคำถามหรือข้อกังวลใด ๆ
ท่านสามารถติดต่อ _____ (ชื่อผู้ตรวจสอบ) ที่ _____
(หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ตรวจสอบ) ได้ทุกเวลา หากท่านมีคำถามใด ๆ
เกี่ยวกับการวิจัยหรือท่านคิดว่าท่านได้รับความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการค้นคว้าวิจัยนี้
ท่านยังอาจสามารถติดต่อสำนักงาน _____
(คณะกรรมการตรวจสอบอินสติติวชั่นนัล หรือเรียกโดยย่อว่า IRB) ที่ _____ (หมายเลขโทรศัพท์ของ IRB)
หากท่านมีข้อข้องใจเกี่ยวกับสิทธิของท่านในฐานะผู้ถูกกระทำการทดลอง

โดยการลงชื่อของท่านในแบบฟอร์มนี้หมายถึงการค้นคว้าวิจัยนี้ ได้ถูกอธิบายให้ท่านได้รับทราบแล้ว
หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับสำเนาของแบบฟอร์มนี้ที่ได้รับการลงนามแล้ว
พร้อมกับหนังสือคำอธิบายโดยย่อของการค้นคว้าวิจัยนี้ ท่านจะได้รับโอกาสในการถามคำถามเกี่ยวการวิจัยนี้
ท่านควรจะได้รับคำตอบของคำถามที่ท่านถามจนได้รับความพอใจ ก่อนทำการลงชื่อของท่านในแบบฟอร์มนี้

ข้าพเจ้าทราบถึงสิ่งที่จะถูกกระทำในฐานะส่วนหนึ่งของการวิจัย
ข้าพเจ้ายังทราบถึงสิ่งดีและร้าย(ผลประโยชน์และความเสี่ยง) ที่อาจจะเกิดขึ้นหากข้าพเจ้าเข้าร่วมในการค้นคว้าวิจัยนี้
ข้าพเจ้าเลือกที่จะเข้าร่วมอยู่ในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถหยุดการเข้าร่วมในการวิจัยได้ทุกเมื่อ
โดยที่ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลรักษาทางด้านการแพทย์ตามปกติ

ลายเซ็นของผู้เข้าร่วม: _____

ลงวันที่: _/_____/_____

ลายเซ็นพยาน: _____

ลงวันที่: /_____/_____

ลายเซ็นผู้แปล: _____

ลงวันที่: /_____/_____