

กรุณาอ่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามรายการดังนี้

- 1. กรอก Site ID (รหัสหน่วยงาน) และ Participant ID (PID) ของอาสาสมัครซึ่งรหัสนี้ได้จาก CASCAP Tools
- 2. กรอกข้อมูลครบทุกบรรทัด 3. กากบาทที่ช่องสี่เหลี่ยมคำว่า “ยินดี”
- 4. เขียนชื่อและเขียนชื่อ-สกุลตัวบรรจง ถูกที่ ถูกต้อง 5. ถ่ายรูปให้ภาพชัดเจน และกรอบสี่เหลี่ยมไม่ขาดหาย

Site ID: 09123

Participant ID: 00004

แบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

การพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อุษณีย์ นามสกุล สงสารจิต อายุ 50 ปี
อยู่บ้านเลขที่ 12 หมู่ที่ 3 ตำบล บ้านเมือง อำเภอ เมือง จังหวัด ขอนแก่น ได้รับฟังคำอธิบาย
จาก นายแพทย์ ภูวดี (ชื่อผู้ให้ข้อมูล) เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย การพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อ
การตรวจคัดกรองตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รับทราบถึงรายละเอียดของ
โครงการวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะ
ได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้า ยินดี / ไม่ยินดี ให้คณะผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้และยินยอมให้ใช้รหัสประชาชนในการสืบค้นข้อมูลด้านการ
รักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการวิจัยในอนาคตที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจข้าพเจ้าเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้โดยความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะ
ได้รับต่อไปและหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้นข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการ
เปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย รวมทั้งข้าพเจ้ามีสิทธิตามกฎหมายในการประเมินข้อมูล
ส่วนตัวและขอแก้ไขข้อมูลของข้าพเจ้าให้ถูกต้องได้ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสีย
สิทธิใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในอนาคตต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือ
สถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว

ลายมือชื่ออาสาสมัคร อุษณีย์ สงสารจิต

(นาง อุษณีย์ สงสารจิต)

ลายมือชื่อผู้อธิบายข้อมูล นายแพทย์ ภูวดี

(นายแพทย์ ภูวดี)

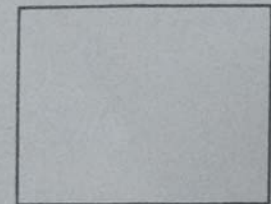
พยาน (ไม่ใช่ผู้อธิบาย) สุวิทย์ ภูวดี

(นาง สุวิทย์ ภูวดี)

วันที่ 1 เดือน ม.ค. พ.ศ. 58

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2 ไร่ ร่องสำเนา
วันที่..... พ.ศ. 2557

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจ
ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

พยาน (ไม่ใช่ผู้อธิบาย).....

(.....)

ประทับลายนิ้วมือซ้ายของอาสาสมัคร

.....

(ชื่อ-นามสกุล ของอาสาสมัคร)

เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครเป็น.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....