**Emory University**

**ការយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសា្រវជ្រាវ**

លោកអ្នកកំពុងត្រូវបានស្នើសុំឲ្យចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយ។

មុនពេលលោកអ្នកយល់ព្រម អ្នកស៊ើបអង្កេតនៃការស្រាវជ្រាវត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពី (i) គោលបំណង ទម្រង់ការ និងរយៈពេលនៃការស្រាវជ្រាវ (ii) ទម្រង់ការណា​មួយដែលមានលក្ខណៈជាការដកពិសោធន៍ (iii) ហានិភ័យ ភាពគ្មាន​ផា​សុកភាព និងអត្ថប្រយោជន៍ដែលអាច​​មើល​ឃើញទុកជាមុនយ៉ាង​សមហេតុផល​ណាមួយនៃការស្រាវជ្រាវ (iv) ទម្រង់ការ ឬការព្យាបាលដែលជាជម្រើសផ្សេងទៀតណាមួយដែលមានសក្តានុពលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ និង (v) របៀប​រក្សា​ការការណ៍សម្ងាត់។

ពេលដែលអាចអនុវត្តន៍ទៅបាន អ្នកស៊ើបអង្កេតនៃការស្រាវជ្រាវក៏ត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកផងដែរអំពី (i) សំណង ឬការព្យា​បាលវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលមាន ប្រសិន​បើរបួសគ្រោះថ្នាក់កើតមានឡើង (ii) ភាពអាចកើតមានហានិភ័យ​ដែល​មិនអាចមើលឃើញជាមុនបាន (iii) កាលៈទេសៈដែលអ្នកស៊ើបអង្កេតអាច​នឹង​បញ្ឈប់​ការចូលរួមរបស់លោកអ្នកបាន (iv) ការចំណាយបន្ថែមណាមួយរបស់លោកអ្នក (v) អ្វីដែលនឹងកើតឡើង ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តឈប់ចូលរួម (vi) ពេលដែលអ្នកត្រូវបាន​គេប្រាប់អំពីការរកឃើញថ្មីៗដែលអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់ឆន្ទៈរបស់លោកអ្នកក្នុងការចូល​រួម និង (vii) ចំនួនមនុស្សប៉ុន្មាននាក់នឹងចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សានេះ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកយល់ព្រមចូលរួម គេត្រូវតែផ្ដល់ជូន​លោកអ្នក នូវច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារនេះដែលមានចុះហត្ថលេខា និងសេចក្តីសង្ខេបជា​លាយលក្ខណ៍​អក្សរនៃការស្រាវជ្រាវ។

លោកអ្នកអាចនឹងទាក់ទងទៅកាន់ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ តាមរយៈលេខ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ គ្រប់ពេលដែល​លោកអ្នកមានសំណួរអំពីការស្រាវជ្រាវ។

លោកអ្នកអាចនឹងទាក់ទងទៅកាន់ Emory University IRB តាមរយៈលេខ 404-712-0720 ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកឲ្យគេធ្វើការពិសោធន៍ ឬអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលរងរបួសគ្រោះថ្នាក់។

ការចូលរួមរបស់លោកអ្នកនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ហើយលោកអ្នកនឹងមិនត្រូវបានទទួលរងការដាក់ពិន័យ ឬបាត់បង់អត្ថ​ប្រយោជន៍នោះឡើយ ប្រសិនបើលោកអ្នក​បដិសេធមិនចូលរួម ឬសម្រេចចិត្តឈប់ចូលរួម។

ការចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះមានន័យថាការសិក្សាស្រាវជ្រាវ រួមមានព័ត៌មានខាងលើ ត្រូវបានរៀបរាប់ជូនដល់លោកអ្នកដោយផ្ទាល់មាត់ ហើយ និងថាលោកអ្នកបានយល់ព្រមចូលរួមដោយស្ម័គ្រចិត្ត។

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាអ្នកចូលរួម កាលបរិច្ឆេទ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាសាក្សី កាលបរិច្ឆេទ