**Emory University**

**หนังสือยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย**

คุณกำลังถูกขอให้เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ก่อนที่คุณจะยินยอม ผู้วิจัยจะต้องแจ้งให้คุณทราบเกี่ยวกับ (i) วัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาในการวิจัย (ii) กระบวนการใด ๆ ที่เป็นการทดลอง (iii) ความเสี่ยงใด ๆ ที่คาดไม่ถึง ความไม่สะดวกสบาย และผลประโยชน์ของการวิจัย (iv) กระบวนการหรือการปฏิบัติทางเลือกที่อาจทำให้เกิดผลดี และ (v) วิธีการเก็บรักษาความลับ

หากคุณยินยอม ผู้วิจัยต้องแจ้งให้คุณทราบเกี่ยวกับ (i) ค่าสินไหมทดแทนหรือการรักษาพยาบาลหากเกิดการบาดเจ็บ (ii) โอกาสของความเสี่ยงที่คาดไม่ถึง (iii) สถานการณ์ที่ผู้วิจัยอาจยุติการเข้าร่วมของคุณ (iv) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับคุณ (v) ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหากคุณตัดสินใจยุติการเข้าร่วมของคุณ (vi) ช่วงเวลาที่คุณจะได้รับรับทราบเกี่ยวกับผลการวิจัยใหม่ที่อาจส่งผลต่อเจตนารมณ์ในการเข้าร่วมของคุณ และ (vii) จำนวนผู้ที่เข้าร่วมในการศึกษา

หากคุณยินยอมเข้าร่วม คุณจะต้องได้รับสำเนาเอกสารที่ลงลายมือชื่อนี้และสรุปผลการวิจัยที่เป็นลายลักษณ์อักษร

คุณสามารถติดต่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ได้ที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ตลอดเวลาที่คุณมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัย

คุณสามารถติดต่อ Emory University IRB ได้ที่ 404-712-0720 หากคุณมีคำถามเกี่ยวกับสิทธิของคุณในฐานะผู้ร่วมวิจัยหรือควรทำอย่างไรหากได้รับบาดเจ็บ

การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจของคุณและคุณจะไม่ถูกลงโทษหรือเสียผลประโยชน์หากคุณปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือตัดสินใจยุติการเข้าร่วม

การเซ็นเอกสารนี้หมายความว่าการวิจัย รวมถึงข้อมูลข้างต้นได้รับการอธิบายให้คุณทราบด้วยวาจาแล้ว และคุณตกลงที่จะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ

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

ลายเซ็นผู้เข้าร่วม วันที่

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

ลายเซ็นพยาน วันที่