

ໃຊ້ແຜ່ນຕິດ ຫຼືພິມ:

MRN#:

ຕຳແໜ່ງໂປຣໂຕໂຄລ:

ວັນເດືອນປີເກີດ:

ຜູ້ສືບສວນໃຫຍ່:

ຊື່ຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ:

ເພດ:

ແບບຟອມສນການຍິນຍອມເຂາຮ່ວມໃນການຄນຄວາ

ກຳລງມີການຖາມທ່ານວ່າ ທ່ານຢາກຈະເຂາຮ່ວມໃນການສຶກສາຄນຄວາບໍ່. ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຕກລງເໜນດີເຂາຮ່ວມການສຶກສາ, ສະມາຊິກທີມງານສຶກສາຄນຄວາຈະຕອງບອກທ່ານບາງຢ່າງກ່ຽວກບການຄນຄວາ. ທ່ານຈະໄດຮບການແຈງ

- ກ. ຈຸດປະສງຂອງການຄນຄວາ
- ຂ. ສິ່ງທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນກບທ່ານໃນລະຫວ່າງການຄນຄວາ
- ຄ. ການທດລອງຈະໃຊ້ເວລາດນປານໃດ ແລະຈະໃຫທ່ານເຂາຮ່ວມຢ່ດນປານໃດ.
- ງ. ທຸກພາກສ່ວນຂອງການຄນຄວາທີ່ເຮດທດລອງ (ບາງອນທີ່ກຳລງຖືກທດລອງ)
- ຈ. ຄວາມສ່ຽງ ຫຼືພາກສ່ວນຕ່າງໆຂອງການທດລອງທີ່ອາດຈະເຮດໃຫທ່ານບາດເຈບ ຫຼືເຮດໃຫທ່ານບໍ່ສະດວກສະບາຍ
- ສ. ຜນປະໂຫຍດໃດໜຶ່ງທີ່ມີຕໍ່ທ່ານ ຫຼືຜູ້ອື່ນທີ່ສາມາດໄດມາຈາກການຄນຄວາ
- ຊ. ການປິ່ນປົວ ຫຼືຂນຕອນການດຳເນີນການໃດໜຶ່ງທີ່ອາດຈະມີຜນປະໂຫຍດຕໍ່ທ່ານແທນການຄນຄວາ (ທາງເລືອກ)
- ຍ. ຂໍ້ມືນປະຈຳຕວບາງອນຂອງຜູ້ຈະເອາຂໍ້ມືນຂອງທນໃຫ
- ດ. ຈະມີການປກປັງຄວາມລບຂອງທ່ານ ແລະຄວາມເປນສ່ວນຕວຂອງຂໍ້ມືນຂອງທນແນວໃດ.

ເຈົ້າໜ້າທີ່ເຮດການສຶກສາຄນຄວາຈະຕອງບອກຂໍ້ມືນຢ່ລຸ່ມນີ້ໃຫກບທ່ານ ຖກໜ້າໃຊ້ມືນເຂົ້າໃນການສຶກສາຄນຄວາ

- ກ. ວ່າທ່ານຈະຮບເອາການຊດເຊີຍ (ເງິນ ຫຼືການປິ່ນປົວບໍ່ເສຍຄ່າ) ບໍ່ ຖກທ່ານໄດຮຸບບາດເຈບໃນຂະນະທີ່ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄນຄວານີ້
- ຂ. ວ່າອາດຈະມີຄວາມສ່ຽງທີ່ພວກເຮາບໍ່ຮຶງປະຈຸບນນີ້ແຕ່ສາມາດເກີດຂຶ້ນໃດໆອະນາຄດບໍ່
- ຄ. ວ່າມີເຫດຜນບໍ່ ເປນຫຍງຜູ້ຄນຄວາຈຶ່ງອາດຈະຫກມທ່ານເຂົ້າໃນການສຶກສາຄນຄວາ
- ງ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານຈະຕອງອອກຢ່ໃນການສຶກສາຄນຄວາ
- ຈ. ສິ່ງທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນ ຖກທ່ານຕອງການຢຸດເຂົ້າຮ່ວມການຄນຄວາ
- ສ. ເວລາທີ່ທ່ານຈະໄດຮຸບແຈງບອກກ່ຽວກບສິ່ງທີ່ຄນຄວາໃໝ່ ທີ່ອາດຈະເຮດໃຫທ່ານປ່ຽນໃຈໃນການເຂົ້າຮ່ວມການຄນຄວາ
- ຊ. ມີຈກຄນທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນການຄນຄວາ

ຫງຈາກທ່ານໄດຮຸບແຈງບອກທຸກຂໍ້ມືນຂກູເທິງແລວ ເຈົ້າໜ້າທີ່ເຮດການຄນຄວາຈະຖາມທ່ານວ່າ ທ່ານຕອງການເຂົ້າຮ່ວມໃນການຄນຄວາບໍ່. ຖກທ່ານຕກລງເໜນດີ ເຈົ້າໜ້າທີ່ເຮດການຄນຄວາຈະບອກໃຫທ່ານເຊນແບບຟອມນີ້

ທ່ານຕອງໄດຮບແບບຟອມນີ້ສະບບມີລາຍເຊນເປນພາສາຂອງທ່ານເອງ: ທ່ານຍງຈະໄດຮບພາກສງລວມເປນລາຍລກອກສອນຂອງການຄນຄວານີ້ເປນພາສາອງກິດນຳ.

MRN: _____

ຊື່ຄົນເຈັບ: _____

ທ່ານ ຫຼືຜູ້ແປພາສາຂອງທ່ານອາດຈະໂທຫາ _____ ທີ່ເບີ _____ ໄດ້ທຸກ
ເວລາທີ່ທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຄົ້ນຄວ້າ ຫຼືສິ່ງທີ່ຈະຕ້ອງເຮັດ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບບາດເຈັບ. ທ່ານ ຫຼືຜູ້ແປພາສາຂອງທ່ານ
ອາດຈະໂທຫາຄະນະກຳມະການໂຮງໝໍຂອງເດັກບອສຕັນໃນການສືບສວນທາງດ້ານຄລິນິກທີ່ເບີ 617-355-7052
ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານທີ່ເປັນຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມການຄົ້ນຄວ້າ.

ທ່ານມີສິດຕັດສິນໃຈວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຈະຢູ່ໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້ານີ້ ຫຼືບໍ່. ຂຶ້ນຢູ່ກັບທ່ານເອງ. ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈວ່າ ທ່ານ
ບໍ່ຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າກໍໄດ້. ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ ແລະຢຸດເຊົາ
ໄດ້ທຸກເວລາ. ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ ຫຼືຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຢຸດເຊົາ ທ່ານຈະບໍ່ເສຍຜົນປະໂຫຍດ
ອັນໃດທີ່ທ່ານຈະມີສິດໄດ້ຮັບ. ບໍ່ວ່າທ່ານຈະຕັດສິນໃຈແນວໃດກໍຕາມ ມັນຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງວິທີການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ
ຮັກສາຈາກເຈົ້າໜ້າທີ່ ແຕ່ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ ມັນສາມາດປ່ຽນແຜນການປິ່ນປົວດູແລຂອງທ່ານ
ໄດ້.

ການເຊັນເອກະສານນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ ໄດ້ມີການອະທິບາຍເລື່ອງການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າໃຫ້ກັບທ່ານແລ້ວ. ອັນນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ
ໄດ້ມີການແຈ້ງບອກທຸກຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງໃຫ້ກັບທ່ານແລ້ວ. ຖ້າທ່ານເຊັນແບບຟອມນີ້, ມັນໝາຍຄວາມວ່າ ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີເຂົ້າ
ຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ.

ຄໍາຍິນຍອມຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ

■ _____
ວັນທີ (ດດ/ວວ/ປປປປ) ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມເດັກນ້ອຍ/ຜູ້ໃຫຍ່ (ຖ້າລະບຸໄດ້)

ຄໍາຍິນຍອມຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ ແລະ/ຫຼືຄໍາອະນຸຍາດຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

■ _____
ວັນທີ (ດດ/ວວ/ປປປປ) ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຜູ້ໃຫຍ່ ຫຼືພໍ່ແມ່ ຫຼືຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຄວາມສໍາພັນກັບເດັກ

■ _____
ວັນທີ (ດດ/ວວ/ປປປປ) ລາຍເຊັນຂອງພະຍານ * ແລະຜູ້ແປພາສາ ຊື່ແຈ້ງ

* ພະຍານໃຫ້ການຮບຮອງວ່າ ໄດ້ມີການກ່າວອະທິບາຍເຖິງວິທີການດໍາເນີນການຄົ້ນຄວ້າແລ້ວ ແລະເຂົ້າຮ່ວມໂດຍສະເພາະຄໍາແນະນໍາແລ້ວວ່າ
ເຂົາເຈົ້າສາມາດຖາມຄໍາຖາມໄດ້