



ໃຊ້ແຜ່ນຕິດ ຫຼືພິມ:

MRN#:

ຕຳແໜ່ງໂປຣໂຕໂຄລ:

ວັນເດືອນປີເກີດ:

ຜູ້ສືບສວນໃຫຍ່:

ຊື່ຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ:

ເພດ:

**ແບບຟອມສນການຍິນຍອມເຂາຮ່ວມໃນການຄນຄວາ**

ກຳລງມີການຖາມທ່ານວ່າ ທ່ານຢາກຈະເຂາຮ່ວມໃນການສຶກສາຄນຄວາບໍ່. ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຕກລງເໝດີເຂາຮ່ວມການສຶກສາ, ສະມາຊິກທີມງານສຶກສາຄນຄວາຈະຕອງບອກທ່ານບາງຢ່າງກ່ຽວກບການຄນຄວາ. ທ່ານຈະໄດຮບການແຈງ

- ກ. ຈຸດປະສງຂອງການຄນຄວາ
- ຂ. ສິ່ງທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນກບທ່ານໃນລະຫວ່າງການຄນຄວາ
- ຄ. ການທດລອງຈະໃຊ້ເວລາດນປານໃດ ແລະຈະໃຫທ່ານເຂາຮ່ວມຢ່ດນປານໃດ.
- ງ. ທຸກພາກສ່ວນຂອງການຄນຄວາທີ່ເຮດທດລອງ (ບາງອນທີ່ກຳລງຖືກທດລອງ)
- ຈ. ຄວາມສ່ຽງ ຫຼືພາກສ່ວນຕ່າງໆຂອງການທດລອງທີ່ອາດຈະເຮດໃຫທ່ານບາດເຈບ ຫຼືເຮດໃຫທ່ານບໍ່ສະດວກສະບາຍ
- ສ. ຜນປະໂຫຍດໃດໜຶ່ງທີ່ມີຕໍ່ທ່ານ ຫຼືຜອື່ນໆທີ່ສາມາດໄດມາຈາກການຄນຄວາ
- ຊ. ການປົນປວ ຫຼືຂນຕອນການດຳເນີນການໃດໜຶ່ງທີ່ອາດຈະມີຜນປະໂຫຍດຕໍ່ທ່ານແທນການຄນຄວາ (ທາງເລືອກ)
- ຍ. ຂໍ້ມ ນປະຈຕວບາງອນຂອງຜູ້ອື່ນເອາຂໍ້ມ ນຂອງທນໃຫ
- ດ. ຈະມີການປກປອງຄວາມລບຂອງທ່ານ ແລະຄວາມເປນສ່ວນຕວຂອງຂໍ້ມ ນຂອງທນແນວໃດ.

ເຈາໜາທີ່ເຮດການສຶກສາຄນຄວາຍງຕອງບອກຂໍ້ມຸນຢ່ລຸ່ມນີ້ໃຫກບທ່ານ ຖານຳໃຊ້ມນເຂາໃນການສຶກສາຄນຄວາ

- ກ. ວ່າທ່ານຈະຮບເອາການຊດເຊີຍ (ເງິນ ຫຼືການປົນປວບໍ່ເສຍຄ່າ) ບໍ່ ຖາທ່ານໄດຮບບາດເຈບໃນຂະນະທີ່ທ່ານເຂາຮ່ວມໃນການສຶກສາຄນຄວານີ
- ຂ. ວ່າອາດຈະມີຄວາມສ່ຽງທີ່ພວກເຮາບໍ່ຮໃນປະຈຸບນນີ້ ແຕ່ສາມາດເກີດຂຶ້ນໄດໃນອະນາຄດບໍ່
- ຄ. ວ່າມີເຫດຜນບໍ່ ເປນຫຍງຜຄນຄວາຈຶ່ງອາດຈະຫາມທ່ານເຂາໃນການສຶກສາຄນຄວາ
- ງ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານຈະຕອງອອກຢ່ໃນການສຶກສາຄນຄວາ
- ຈ. ສິ່ງທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນ ຖາທ່ານຕອງການຢຸດເຂາຮ່ວມການຄນຄວາ
- ສ. ເວລາທີ່ທ່ານຈະໄດຮບແຈງບອກກ່ຽວກບສິ່ງທີ່ຄນພບໃໝ່ ທີ່ອາດຈະເຮດໃຫທ່ານປ່ຽນໃຈໃນການເຂາຮ່ວມການຄນຄວາ
- ຊ. ມີຈກຄນທີ່ຈະເຂາຮ່ວມໃນການຄນຄວາ

ຫງຈາກທ່ານໄດຮບແຈງບອກທຸກຂໍ້ມນຂາງເທິງແລວ ເຈາໜາທີ່ເຮດການຄນຄວາຈະຖາມທ່ານວ່າ ທ່ານຕອງການເຂາຮ່ວມໃນການຄນຄວາບໍ່. ຖາທ່ານຕກລງເໝດີ ເຈາໜາທີ່ເຮດການຄນຄວາຈະບອກໃຫທ່ານເຊນແບບຟອມນີ້.

ທ່ານຕອງໄດຮບແບບຟອມນີ້ສະບບມີລາຍເຊນເປນພາສາຂອງທ່ານເອງ: ທ່ານຍງຈະໄດຮບພາກສງລວມເປນລາຍລກອກສອນຂອງການຄນຄວານີເປນພາສາອງກິດນຳ.

MRN: \_\_\_\_\_

ຊື່ຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_

ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ແປພາສາຂອງທ່ານອາດຈະໂທຫາ \_\_\_\_\_ ທີ່ເບີ \_\_\_\_\_ ໄດ້ທຸກ  
 ເວລາທີ່ທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຄົ້ນຄວ້າ ຫຼື ສິ່ງທີ່ຈະຕ້ອງເຮັດ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບບາດເຈັບ. ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ແປພາສາຂອງທ່ານ  
 ອາດຈະໂທຫາຄະນະກຳມະການໂຮງໝໍຂອງເດັກບອສຕັນໃນການສືບສວນທາງດ້ານຄລິນິກທີ່ເບີ 617-355-7052  
 ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານທີ່ເປັນຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມການຄົ້ນຄວ້າ.

ທ່ານມີສິດຕັດສິນໃຈວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຈະຢູ່ໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້ານີ້ ຫຼື ບໍ່. ຂັ້ນຢູ່ກັບທ່ານເອງ. ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈວ່າ ທ່ານ  
 ບໍ່ຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າກໍໄດ້. ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ ແລະ ຢຸດເຊົາ  
 ໄດ້ທຸກເວລາ. ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ ຫຼື ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຢຸດເຊົາ 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/ຫຼື ຄໍາອະນຸຍາດຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ**

■ \_\_\_\_\_  
 ວັນທີ (ດດ/ວວ/ປປປປ) ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຜູ້ໃຫຍ່ ຫຼື ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຄວາມສໍາພັນກັບເດັກ

■ \_\_\_\_\_  
 ວັນທີ (ດດ/ວວ/ປປປປ) ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຄໍາຍິນຍອມ ຊື່ແຈ້ງ

■ \_\_\_\_\_  
 ວັນທີ (ດດ/ວວ/ປປປປ) ລາຍເຊັນຂອງພະຍານ \* ແລະ ຜູ້ແປພາສາ ຊື່ແຈ້ງ

\* ພະຍານໃຫ້ການຮບຮອງວ່າ ໄດ້ມີການກ່າວອະທິບາຍເຖິງວິທີການດໍາເນີນການຄນຄວາແລວ ແລະ ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໄດ້ຮບຄໍາແນະນໍາແລວວ່າ  
 ເຂາເຈາສາມາດຖາມຄໍາຖາມໄດ້