**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย**

**(สำหรับงานวิจัยเชิงทดลอง 18 ปีขึ้นไป)**

*กรุณาตัดข้อความแนะนำที่เป็นอักษรแบบตัวเอนสีแดงออกก่อนพิมพ์และนำไปใช้ โดยปรับข้อความให้สอดคล้องกับโครงการวิจัยของท่าน*

*หมายเหตุ: แบบฟอร์มนี้เป็นเพียงตัวอย่าง ท่านสามารถปรับปรุงเนื้อหาตามความเหมาะสมของโครงการ*

**ชื่อโครงการวิจัย :** ...........................................................................................................................................**ผู้สนับสนุนการวิจัย :** ..............................................................................................................................................

**ผู้วิจัยหลัก (ชื่อ-ที่อยู่)**

.................................................................................................................................................................................

**ผู้วิจัยร่วม**

.................................................................................................................................................................................

**เรียน ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมับติเป็นไปตามเกณฑ์การศึกษานี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมแพทย์ แพทย์แผนไทย พยาบาลหรือผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

 ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ เรามีเวลาอย่างเพียงพอในการให้ท่านตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

1. **การศึกษานี้เกี่ยวกับเรื่องอะไร**

***เขียนสรุปย่อเกี่ยวกับการศึกษาพอสังเขปเพื่อให้อาสาสมัครเข้าใจ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย*** *เช่น การศึกษานี้เกี่ยวกับการทดสอบประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาทาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของดีปลีเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดจากภาวะกล้ามเนื้ออักเสบ โดยผู้วิจัยจะประเมินว่ายาทาสมุนไพรนี้ มีประสิทธิภาพในการลดปวด อักเสบกล้ามเนื้อหรือไม่ โดยแพทย์ประจำโครงการที่ดูแลท่าน จะประเมินผลหลังจากให้ท่านใช้ยาดังกล่าวทาบริเวณที่ปวดครั้งละประมาณ 1 กรัม (ความยาวเมื่อบีบจากหลอด 2-3 เซนติเมตร) วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 7 วัน นอกจากนี ้แพทย์ผู้วิจัยจะวัดลักษณะการปวด อาการข้างเคียงที่เกิดหลังใช้ยา ความพึงพอใจของท่านหลังใช้ยา จำนวนยาพาราเซตามอลที่ต้องใช้เสริมเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้ยาที่ไม่มีส่วนประกอบของดีปลี เป็นต้น*

 *การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ..................................................................โดยการศึกษานี้ จะคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นจำนวนประมาณ 180 คน ระยะเวลาในการติดตามศึกษาต่อคน คือ 7 วัน รูปแบบการศึกษาจะมีการสุ่มอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่มเท่า ๆ กัน เพื่อรับยาทาแก้ปวดคนละชนิดไปใช้ โดยกลุ่มหนึ่งจะได้ยาทด****ลอง (ระบุชื่อยาที่ใช้ทดลอง/ศึกษา)*** *ส่วนอีกกลุ่มจะได้รับยา หรือสิ่งทดลองปกติ (ระบุสิ่งทดลองที่ใช้เปรียบเทียบ)เป็นต้น*

1. **ที่มาและความสำคัญของการศึกษาคืออะไร**

*เกล่าวถึงที่มา ความสำคัญหรือความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษานี้โดย*

1. **ท่านจะปฏิบัติตัวอย่างไร เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ**

 เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้วิจัยได้รับทราบ

 *แนะนำอาสาสมัครในประเด็นที่เกี่ยวกับงานวิจัย เช่น ผู้วิจัยแนะนำให้ท่านหลีกเลี่ยงการใช้ยา หรือผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย และในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์อื่น ขอให้ท่านปรึกษาผู้ทำวิจัยหรือแพทย์ผู้รักษา เนื่องจากยาหรือผลิตภัณฑ์ดังกล่าวอาจมีผลต่อโรคหรือยาที่ใช้ในการศึกษานี้ ดังนั้นขอให้ท่านแจ้งผู้ทำวิจัยเกี่ยวกับยาที่ท่านได้รับในระหว่างที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย*

หากท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับการศึกษานี้ และท่านเต็มใจจะเข้าร่วมการศึกษา เราจะให้ท่านลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและเราจะขอความร่วมมือท่านปฏิบัติตามข้อกหนดของการศึกษาดังนี้ *(ใส่รายละเอียดขั้นตอนการศึกษา สิ่งที่อาสาสมัครจะต้องปฏิบัติ)*

1. **ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับ**

*ให้ระบุประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม**เช่น*

*การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรืออาจจะลดความรุนแรงของโรคที่ท่านเป็นได้* ***(ระบุโรคหรือภาวะสนศึกษา)*** *แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคจะลดลงอย่างแน่นอน นอกจากนี้หากโครงการนี้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรค****(ระบุโรคหรือภาวะสนศึกษา)*** *ต่อวงการแพทย์ เพราะจะทำให้มีตำรับยาสำหรับเป็นทางเลือกในการรักษาโรคนี้เพิ่มขึ้น และเกิดประโยชน์ต่อชุมชนทำให้สมุนไพรในตำรับมีมูลค่ามากขึ้น ชุมชนสามารถใช้ข้อมูลจากการศึกษาไปต่อยอดเชิงพานิชย์หรือใช้ประกอบอาชีพได้ ทำให้ประเทศไทยประหยัดค่าใช้จ่ายในการสั่งซื้อยาแผนปัจจุบันจากต่างประเทศ และอาจสร้างรายได้จากการผลิตยาจำหน่ายไปทั่วโลก และมีการกระจายรายได้ไปยังประชาชนหลายกลุ่มของประเทศตั้งแต่เกษตรกร ขนส่ง จนถึงโรงงานผลิตยาและร้านจำหน่ายยา เนื่องจากวัตถุดิบทั้งหมดสามารถผลิตได้ในประเทศไทย จึงเป็นประโยชน์โดยรวมกับประชาชนทุกคน หรือ*

*ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากการศึกษานี้โดยตรง แต่ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อในอนาคต เป็นต้น*

1. **ความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ**

*ระบุความเสี่ยง หรืออาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิต เช่น การเข้าร่วมโครงการวิจัยอาจเกิดความเสี่ยงต่อท่านได้ ทั้งทางกาย และทางจิตใจ โดยความเสี่ยงทางกายจากการใช้ยา หรือผลิตภัณฑ์ทุกชนิดอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ทั้งสิ้นไม่มากก็น้อย ซึ่งความเสี่ยงในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ คือ การแพ้ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการคัน ผิวหนังบวม แดง หรือเกิดระคายเคืองผิวหนังได้ หากท่านแพ้สมุนไพร หรือสารที่ใช้ในการเตรียมตำรับ อย่างไรก็ตามจากข้อมูลการศึกษายาตำรับยาห้าราก พบว่ามีความปลอดภัยสูง ทั้งนี้หากท่านเกิดอาการผิดปกติใดจากการรักษา โปรดแจ้งให้แพทย์ผู้ทำการรักษาหรือผู้วิจัยทราบโดยเร็ว สำหรับผลกระทบทางด้านจิตใจที่อาจจะเกิดขึ้นได้ คือ กรณีที่ใช้ยาไปแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรืออาการแย่ลง อาจมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันหรือการทำงานปกติของท่านได้*

*ระบุความเสี่ยงที่ได้รับจากการเจาะเลือด (หากมีการเจาะเลือด) เช่น ท่านมีโอกาสที่จะเกิดอาการเจ็บ เลือดออก ช้ำจากการเจาะเลือด อาการบวมบริเวณที่เจาะเลือด หรือหน้ามืด และโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อบริเวณที่เจาะเลือดพบได้น้อยมาก*

1. **ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน**

 ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบายกาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้วิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยในโรงพยาบาลที่ท่านรักษาตัวได้ตลอดเวลา หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบแจ้งแพทย์หรือผู้วิจัยทันที เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากการวิจัย

1. **การป้องกันความเสี่ยง และการแก้ไขกรณีเกิดปัญหา**

***ระบุรายละเอียดการป้องกันความเสี่ยง และการแก้ไขกรณีเกิดปัญหา*** *เช่น มาตรการในการป้องกัน คือ คัดกรองอาสาสมัครที่มีประวัติแพ้ยา สมุนไพรหรือสารในตำรับยาออกจากการศึกษา คัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีการอาการเล็กน้อยถึงปานกลางที่ไม่มีภาวะปอดอักเสบ หรือไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นความเสี่ยงในการทำให้อาการของโรคที่รุนแรง เข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีมาตรการป้องกันหรือเฝ้าระวังในระหว่างการศึกษา คือ ผู้ป่วยจะได้รับยาในช่วงอยู่ในสถานพยาบาล และได้รับยาร่วมกับยามาตรฐาน ดังนั้นแม้ท่านจะได้อยู่ในกลุ่มควบคุมท่านจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ และหากท่านอยู่ในกลุ่มทดลองท่านจะได้รับยาห้ารากเสริมจากการรักษามาตรฐานปกติ นอกจากนี้แพทย์และพยาบาลในทีมวิจัยประจำโรงพยาบาลที่ท่านรักษาตัวจะคอยการติดตามอาการผิดปกติ รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการเข้าร่วมโครงการในทุกวันตามแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้*

1. **ความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ ผู้สนับสนุนการวิจัย กรณีพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย**

 ***ระบุรายละเอียดความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ ผู้สนับสนุนการวิจัย กรณีพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย*** พร้อมทั้งที่อยู่ เบอร์ติดต่อหัวหน้าโครงการหรือแพทย์ผู้ดูแล *เช่น หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และเมื่อท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลความผิดปกติที่เกิดจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี*

 *ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถ*

*ติดต่อกับทีมวิจัย ได้แก่ แพทย์ประจำโรงพยาบาลที่ท่านรักษาตัว หัวหน้าโครงการวิจัย* ***(ระบุชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับผิดชอบโครงการ.............................. )*** *ได้ตลอด 24 ชั่วโมง*

1. **วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับโรคหรือสภาวะที่ทำการศึกษา**

***ระบุแนวทางหรือทางเลือกการรักษาโรค วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับโรคหรือสภาวะที่ทำการศึกษา*** *เช่น ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับการติดเชื้อไวรัสโควิดขต ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย*

1. **ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย**

 ***ระบุค่าใช้จ่ายของอาสาสมัครในการเข้าร่วมการวิจัยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย*** *เช่น ท่านจะได้รับยารักษาโรคตามแนวทางมาตรฐาน ร่วมกับตำรับยาทดสอบ ในการเป็นยาเสริมการรักษาโรคนี้ และได้รับยาหรือการรักษาตามอาการอื่น ๆ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค.****(ระบุชื่อโรคที่ทำการศึกษา.....)*** *.ของประเทศไทย นอกจากนี้ในระหว่างการศึกษาหากท่านมีอาการแทรกซ้อนหรือมีภาวะโรคที่รุนแรงขึ้น หรือมีภาวะวิกฤติเกิดระหว่างการเข้าร่วมโครงการที่แพทย์ผู้รักษาเห็นว่าไม่ควรเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป เช่น หายใจสั้น ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มีภาวะผิดปกติจากภาพถ่ายรังสีที่ปอด เป็นต้น แพทย์ผู้วิจัยจะพิจารณาให้ท่านยุติการเข้าร่วมโครงการ และจะให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไปตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของประเทศไทย*

 *การเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบเกี่ยวกับการรักษาแต่อย่างใด แต่ท่านจะมีค่าใช้จ่ายส่วนตัว เช่นค่าเดินทาง ค่าอาหารและที่พัก เป็นต้น*

1. **ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย**

 ***ระบุค่าตอบแทนหรือ ของที่ระลึกสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย*** *เช่น ท่านจะได้รับเงินชดเชยค่าเดินทางและเงินชดเชยการสูญเสียรายได้ เสียเวลา หรือความไม่สะดวก ไม่สบาย ในการตอบคำถามหรือพบแพทย์เพื่อประเมินอาการทุกครั้ง ครั้งละ 150 บาท ทั้งหมด 5 ครั้ง รวมเป็นเงินทั้งหมด 750 บาท*

1. **การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

 การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

 ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

 - ท่านไม่สามารถปฎิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

* ท่านรับประทานหรือใช้ยาที่ไม่อนุญาตให้ใช้ในการศึกษา
* ท่านตั้งครรภ์ระหว่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
* ท่านเกิดอาการข้างเคียง หรือความผิดปกติของผลทางห้องปฏิบัติการจากการได้รับยาที่ใช้ในการศึกษา
* ท่านแพ้ยาที่ใช้ในการศึกษา
* ท่านต้องการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาตัวที่ไม่ได้รับอนุญาตจากการวิจัยครั้งนี้
* อาการของโรคที่ท่านเป็นอยู่มีอาการมากขึ้นกว่าก่อนใช้ยามากจนท่านทนไม่ได้ หรือแพทย์พิจารณาว่าท่านควรยุติการเข้าร่วมโครงการเพื่อความปลอดภัยของท่าน
1. **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร**

 ***ระบุรายละเอียดการปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร เช่น*** ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

 จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ ***(ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับผิดชอบโครงการ.............................. )***

 หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

 จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

1. **สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

 ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอม

ที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

1. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่“คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

 ขอขอบพระคุณอย่างสูง

 ………………………………………

 ( )

 ผู้วิจัย