**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ**

**(สำหรับเด็กอายุ 15-17 ปี และผู้ปกครอง)**

วันที่................. เดือน.................... พ.ศ...........

ข้าพเจ้า.............................................................................. อายุ.............ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่...................

ถนน....................................................ตำบล.....................................................อำเภอ............................................  
จังหวัด...................................................รหัสไปรษณีย์.............................................โทรศัพท์ ...............................

ข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง...............................

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

โดยข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มา และจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าชดเชยการเสียเวลาที่จะได้รับ โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ :

**หากข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้า ข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ .........(ชื่อผู้วิจัย)............ได้ที่ ..................... (เบอร์โทรศัพท์) ..................... ตลอด 24 ชั่วโมง**

ข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการเรียน และการคัดตัวเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาของข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าแต่ประการใด และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานส่งเสริมบริหารงานวิจัยฯ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์ 086-4710582

ข้าพเจ้า/เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ......................................................................................ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.................................................................................)

วันที่............./............/…….....

ลงชื่อ......................................................................................ผู้ปกครอง

(................................................................................)

วันที่............./............/…….....

ลงชื่อ......................................................................................ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล

(...............................................................................)

วันที่............./............/…….....

**กรณีที่ผู้ปกครองและอาสาสมัครไม่สามารถอ่าน-เขียนหนังสือได้**

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่าน-เขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี

ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายประทับนิ้วหัวแม่มือขวาของ............................................ ลายประทับนิ้วหัวแม่มือขวาของ............................................

ประทับไว้ ณ วันที่................................................. ประทับไว้ ณ วันที่.................................................

**ประทับลายนิ้วมือขวา**

**ประทับลายนิ้วมือขวา**

พยาน (ไม่ใช่ผู้อธิบาย) ................................................................

( )

วันที่ ......... เดือน .......................พ.ศ ................

หมายเหตุ:

(1) พยานต้องไม่ใช่แพทย์หรือผู้วิจัย

(2) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทน