

Fred Hutchinson Cancer Center
University of Washington

ការយល់ព្រមជាទម្រង់ខ្លី ដើម្បីចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

ឈ្មោះប្រតិបត្តិ៖ _____

ឈ្មោះប្រធានស៊ីបអង្កេត៖ _____

បើអ្នកមានតួនាទីជាអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ ឬជាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលដែលគ្មានការអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ នោះពាក្យថា "អ្នក" និង "របស់អ្នក" គឺសំដៅទៅលើបុគ្គលដែលអ្នកកំពុងផ្តល់ការយល់ព្រម ឬការអនុញ្ញាតពីមាតាបិតា។

អ្នកកំពុងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ។ អ្នកគួរតែចំណាយពេលរបស់អ្នកពិចារណា នៅពេលសម្រេចចិត្តចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ។

អ្នកអាចពិភាក្សាអំពីជម្រើសរបស់អ្នកជាមួយនរណាម្នាក់ដែលអ្នកជ្រើសរើស។

មុនពេលអ្នកសម្រេចចិត្តចូលរួម ឬមិនចូលរួម យើងនឹងពន្យល់អំពី៖

1. ព័ត៌មានសំខាន់អំពីមូលហេតុដែលអ្នកអាចចង់ ឬមិនចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ
2. មូលហេតុនៃការធ្វើការសិក្សានេះ បញ្ហាដែលនឹងកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលនៃការសិក្សានេះ និងរយៈពេលនៃការសិក្សានេះ
3. នីតិវិធីសម្រាប់ធ្វើការពិសោធនា
4. ហានិភ័យ ភាពមិនងាយស្រួល និងអត្ថប្រយោជន៍ដែលអាចស្មានទុកជាមុនពីការចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ
5. ជម្រើសផ្សេងៗដែលអាចមានផលប្រយោជន៍ពីការចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ និង
6. របៀបដែលភាពឯកជន និងការសម្ងាត់របស់អ្នកនឹងត្រូវបានការពារ។

នៅពេលអ្នកអនុវត្តបាន យើងក៏នឹងពន្យល់ផងដែរអំពី៖

1. សំណង ឬការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រដែលអាចផ្តល់ជូន បើអ្នក មានរបួសនៅក្នុងការសិក្សានេះ
2. ឱកាសកើតមានហានិភ័យ ដែលយើងមិនទាន់ដឹងនៅឡើយ
3. មូលហេតុដែលអ្នកអាចត្រូវបានដកចេញពីការសិក្សានេះ
4. ការចំណាយនានា ដើម្បីចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ
5. បញ្ហាដែលនឹងកើតឡើង បើអ្នកសម្រេចចិត្តដកខ្លួនចេញពីការសិក្សានេះ
6. ពេលវេលាដែលអ្នកនឹងរៀនអំពីការអភិវឌ្ឍន៍ដែលទាក់ទងទៅនឹងការសិក្សានេះ
7. ចំនួនមនុស្សប៉ុន្មាននាក់ត្រូវបានគ្រោងទុកសម្រាប់ការសិក្សានេះ
8. របៀបប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន និងសំណាកជីវសាស្ត្ររបស់អ្នក (ដូចជាឈាម ឬជាលិកា) សម្រាប់ការសិក្សា និងការស្រាវជ្រាវនាពេលអនាគត និងថាអ្នកនឹងទទួលបានប្រាក់ចំណូលណាមួយពីលទ្ធផលដែលកើតចេញពីការប្រើសំណាកជីវសាស្ត្ររបស់អ្នកដែរឬទេ
9. ថាតើការកំណត់លំដាប់សេណូមទាំងមូលអាចនឹងធ្វើឡើងទៅលើសំណាកជីវសាស្ត្ររបស់អ្នកឬទេ
10. ថាតើលទ្ធផលនៃការស្រាវជ្រាវអំពីអ្នក ឬសុខភាពរបស់អ្នកនឹងត្រូវចែករំលែកជាមួយអ្នក ឬអត់ និង
11. ការសិក្សាជាជម្រើសនានា ដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចូលរួម។

លើសពីនេះទៀត ប្រសិនបើការសិក្សានេះត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង្ហាញនៅលើ clinicaltrials.gov យើងនឹងពន្យល់ថា៖

ការពណ៌នាអំពីការសាកល្បងគ្រឿងនេះនឹងអាចរកបាននៅ <http://www.ClinicalTrials.gov> ដូចដែលបានតម្រូវដោយច្បាប់សហរដ្ឋអាមេរិក។
គេហទំព័រនេះនឹងមិនបញ្ចូលព័ត៌មានដែលអាចដឹងពីអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នកនោះទេ។ ជាងនេះទៅទៀត គេហទំព័រនេះនឹងរួមបញ្ចូលតែសេចក្តីសង្ខេបអំពីលទ្ធផលប៉ុណ្ណោះ។
អ្នកអាចស្វែងរកគេហទំព័រនេះបានគ្រប់ពេល។

សិទ្ធិរបស់អ្នក

អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះឡើយ។ អ្នកមានសេរីភាពក្នុងការនិយាយថាជាយល់ព្រម ឬមិនយល់ព្រម។ បើអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវតែនៅជាមួយការសិក្សានេះរហូតទេ។
អ្នកអាចឈប់នៅពេលណាក៏បាន (សូម្បីតែនៅមុនពេលអ្នកចាប់ផ្តើម) ។ មិនមានការពិន័យចំពោះការបដិសេធ ឬឈប់នោះទេ។ ការថែទាំសុខភាពជាទៀងទាត់របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ។

បើអ្នកឈឺ ឬរងរបួសក្នុងពេលសិក្សានេះ សិទ្ធិរប្រឡប់របស់អ្នកក្នុងការស្វែងរកការទូទាត់នឹងមិនបាត់បង់ដោយសារការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះទេ។

បើអ្នកយល់ព្រមចូលរួម អ្នកនឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះមួយច្បាប់ និងច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទស្តីពីការយល់ព្រមជាភាសាអង់គ្លេសសម្រាប់ការសិក្សានេះមួយច្បាប់។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម

អ្នកអាចទាក់ទងប្រធានស៊ើបអង្កេត _____ តាមរយៈ
_____ នៅពេលអ្នកមានចម្ងល់អំពីការសិក្សានេះ ឬការរងរបួសដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការសិក្សានេះ។

អ្នកក៏អាចទាក់ទងនាយិកា Institutional Review Office នៅ Fred Hutchinson Cancer Center តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ 206.667.5900 ឬតាមអ៊ីមែល គឺ irodirector@fredhutch.org ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកចូលរួមការស្រាវជ្រាវ។

ហត្ថលេខា

បើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ នោះមានន័យថា យើងបានពណ៌នាអំពីការសិក្សានេះប្រាប់អ្នក ហើយអ្នកស្ម័គ្រចិត្តយល់ព្រមចូលរួម។

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងហត្ថលេខារបស់អ្នកចូលរួម ឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ បើមាន កាលបរិច្ឆេទ

ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ជាមួយនឹងអ្នកចូលរួម បើមាន

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងហត្ថលេខារបស់អ្នកបកប្រែ/សាក្សី កាលបរិច្ឆេទ