|  |
| --- |
| **เอกสารแสดงเจตนายินยอมสำหรับการเก็บข้อมูลไว้เพื่อศึกษาต่อในอนาคต** **(Informed Consent Form for Future Study)** |

\*\*คำชี้แจงผู้วิจัย: ผู้วิจัยสามารถปรับแก้เอกสาร ข้อมูลคำอธิบายให้เข้ากับบริบทงานวิจัย กรุณาตัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องและตัด Template (ข้อความสีแดง) ออก และท่านสามารถปรับเอกสาร (ข้อความสีดำ) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจอ่านได้ง่าย และใส่ version ลงในท้ายกระดาษ

ตามที่ข้าพเจ้า................................................................อายุ.............ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่..........................................

ถนน.................................................ตำบล..................................................อำเภอ........................................................................

จังหวัด...................................................รหัสไปรษณีย์.........................โทรศัพท์ ......................................................................

E-mail………………………………………… ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง .................................ภาษาไทย............................................ หัวหน้าโครงการวิจัยชื่อ..............................................................

โครงการวิจัยนี้ มีการเก็บ...(ข้อมูล/ตัวอย่าง ระบุ) เพื่อใช้ในการวิจัย ซึ่งข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลแล้ว และแจ้งแก่ผู้วิจัยว่าจะยินยอมให้เก็บ...(ข้อมูล/ตัวอย่าง ระบุ) ที่ได้จากการวิจัย โดยอนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บรักษาไว้อีก.......ปี (ผู้วิจัยระบุจำนวนปี) เพื่อใช้ในการวิจัยต่อไปในอนาคต ในการนี้ขอแสดงความจำนงตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ขอบเขตของการวิจัยเรื่องอื่นต่อ ให้ทำได้ในกรณีต่อไปนี้** (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ที่ต้องการ)

□ ให้นำไปวิจัยต่อในขอบเขตที่เกี่ยวเนื่องกับการวิจัยเรื่องเดิม

□ ให้นำไปวิจัยต่อในเรื่องใดก็ได้ แม้จะไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิม

อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะนำ...(ข้อมูล/ตัวอย่าง ระบุ) ที่เหลืออยู่ไปทำการวิจัย ผู้วิจัยจะส่งโครงการวิจัยเรื่องใหม่ ไปให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนประจำส่วนงาน หรือชุดกลางของมหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณารับรองก่อนทุกครั้ง

**ในการเก็บ...(ข้อมูล/ตัวอย่าง ระบุ) ข้าพเจ้าต้องการให้ผู้วิจัยเก็บไว้ในลักษณะดังนี้** (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ที่ต้องการ)

□ อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บรักษาไว้โดย**ไม่**ติดชื่อของข้าพเจ้าไว้ ทำให้ไม่ทราบว่า...(ข้อมูล/ตัวอย่าง ระบุ) นั้นเป็นของใคร *ซึ่งในกรณีนี้ข้าพเจ้าจะไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยในอนาคตเพิ่มเติมอีก*

□ อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บรักษาไว้โดย**ติดชื่อ**ของข้าพเจ้าไว้ หรือแปลงจากชื่อเป็นรหัสซึ่งสามารถเชื่อมโยงถึงข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าได้ และข้าพเจ้า**ขอแจ้งความต้องการเพิ่มเติม** ดังนี้

□ เมื่อจะนำ...(ข้อมูล/ตัวอย่าง ระบุ) ไปใช้ในการวิจัยครั้งใหม่ ขอให้ผู้วิจัยติดต่อกับข้าพเจ้าตามที่อยู่ หรือ E-mail หรือ โทรศัพท์ ตามที่แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อแจ้งว่าจะนำไปใช้ในการวิจัยเรื่องใด และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยครั้งใหม่

□ ไม่ต้องขอความยินยอมซ้ำเมื่อจะนำ...(ข้อมูล/ตัวอย่าง ระบุ) ไปใช้ในการวิจัยครั้งใหม่ แต่หากจำเป็นผู้วิจัยอาจติดต่อกับข้าพเจ้าตามที่อยู่ หรือ E-mail หรือ โทรศัพท์ ตามที่แจ้งไว้ข้างต้นได้

 ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น คือ ผลของการวิจัยในอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่อาจคาดเดาได้ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ/ความเป็นอยู่ที่ดีของข้าพเจ้า

 หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ.....(ระบุชื่อผู้รับผิดชอบและโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง)

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัย และขอให้ทำลาย...(ข้อมูล/ตัวอย่าง ระบุ) ของข้าพเจ้าเมื่อใดก็ได้ โดยแจ้งต่อผู้วิจัย และการถอนตัวออกจากโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าสมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ประจำคณะ ทันตแพทยศาสตร์และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาคารปฏิบัติการและวิจัย ชั้น 5 เลขที่ 6 ถนนโยธี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร 02-200-7622 หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

 ลงชื่อ...............................................ผู้เข้าร่วมวิจัย

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

วันที่................................................