|  |
| --- |
| **เอกสารแสดงเจตนายินยอมของผู้ปกครองและผู้เยาว์อายุ 13 ปี –17 ปี**  **(Informed Consent form for parent and child)** |

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

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

ข้าพเจ้า................................................................อายุ.............ปีอาศัยอยู่บ้านเลขที่..................

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

ผู้ปกครองของ ด.ญ./ด.ช./นาย/นางสาว......................................................... อายุ..............................ปี

ขอแสดงเจตนายินยอมให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง.......... (ภาษาไทย)………..…

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น มีหรือไม่มีค่าตอบแทนที่จะได้รับ และมีหรือไม่ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง (ปรับข้อความตามความเหมาะสม) โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และเด็กในปกครองของข้าพเจ้าสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาล (ปรับข้อความตามความเหมาะสม) ที่เด็กในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของเด็กในปกครองของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

**หากเด็กในปกครองของข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด**

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ.......….….(ระบุชื่อผู้รับผิดชอบและโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 24ชั่วโมง)

หากเด็กในปกครองของข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาคารปฏิบัติการและวิจัย ชั้น 5 เลขที่ 6 ถนนโยธี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร 02-200-7622

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และเอกสารแสดงเจตนายินยอมฯ นี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ........................................................ผู้ปกครอง ลงชื่อ........................................................ผู้เข้าร่วมวิจัย

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

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

**\* กรณีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้เยาว์อายุ 13 ปี – 17 ปี ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและผู้ปกครองลงนาม**

ลงชื่อ....................................................ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(...................................................) วันที่..........................

# ในกรณีผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนคือ................................ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ...................................................พยาน

(...................................................) วันที่.....................................................