**เอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครองและเด็ก**

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 รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับหรือไม่มีค่าตอบแทน และค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

 ข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

 ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และเด็กในปกครองของข้าพเจ้าสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ........(ปรับข้อความตามความเหมาะสม)............. *(เช่น การบริการและการรักษาพยาบาล)* ที่เด็กในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้นักวิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของเด็กในปกครองของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

 **หากเด็กในปกครองของข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งนักวิจัยโดยเร็วที่สุด**

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

 หากเด็กในปกครองของข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนประจำคณะทันตแพทยศาสตร์และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะทันตแพทยศาสตร์ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ ชั้น 11 เลขที่ 6 ถนนโยธี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี จังหวัดกรุงเทพฯ 10400 หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร 02-200-7622

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมฯ นี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ...............................ผู้ปกครอง ลงชื่อ............................. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

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

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

**\* กรณีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้เยาว์อายุ 13 ปี ขึ้นไป – ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและผู้ปกครองลงนาม**

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

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

#  ในกรณีผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนคือ................................ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

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

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