**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ**

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

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

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

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

 ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง....……………………….. (ภาษาไทย)…………….………...…

 โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับหรือไม่มีค่าตอบแทน และค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

 ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

 ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ …….…..(ปรับข้อความตามความเหมาะสม)............ *(เช่น การบริการและการรักษาพยาบาล)* ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้นักวิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

 **หากมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งนักวิจัยโดยเร็วที่สุด**

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ.................... *(ระบุชื่อผู้รับผิดชอบที่โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง)*

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

 ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมฯ นี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

 ลงชื่อ...............................................ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

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

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

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

#  ในกรณีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยคือ............................. จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

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

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