**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ**

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 ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงอาสามัครโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

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

**หากเด็กในปกครองของข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งนักวิจัยโดยเร็วที่สุด**

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

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

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และหนังสือแสดงเจตนายินยอมฯ นี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ........................................................ผู้ปกครอง ลงชื่อ........................................................อาสาสมัคร

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

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

**\* กรณีอาสาสมัครเป็นผู้เยาว์อายุ 13 ปี ขึ้นไป – ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ให้อาสาสมัครและผู้ปกครองลงนาม**

**\* กรณีอาสาสมัครเป็นผู้เยาว์อายุต่ำกว่า 13 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามแทน**

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

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

# ในกรณีผู้ปกครองของอาสาสมัครไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนคือ................................ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

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

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