ແບບຟອມຍິນຍອມໃນການຄົ້ນຄວ້າ

ໃຊ້ແຜ່ນຕິດ ຫຼືພິມ:

MRN#:

ຕໍາແໜ່ງໂປຣໂຕໂຄລ: | ວັນເດືອນປີເກີດ:

ຜູ້ສືບສວນໃຫຍ່: | ຊື່ຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ:

ເພດ:

ແບບຟອມສນການຍິນຍອມເຂາຮ່ວມໃນການຄນຄວາ

ກໍາລງມີການຖາມທ່ານວ່າ ທ່ານຢາກຈະເຂາຮ່ວມໃນການສຶກສາຄນຄວາບໍ່. ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຕກລງເຫນດີເຂາຮ່ວມການສຶກສາ, ສະມາຊິກທີມງານສຶກສາຄນຄວາຈະຕອງບອກທ່ານບາງຢ່າງກ່ຽວກບການຄນຄວາ. ທ່ານຈະໄດຮບການແຈງ

ກ. ຈຸດປະສງຂອງການຄນຄວາ

ຂ. ສິ່ງທີ່ຈະເກີດຂຶນກບທ່ານໃນລະຫວ່າງການຄນຄວາ

ຄ. ການທດລອງຈະໃຊເວລາດນປານໃດ ແລະຈະໃຫທ່ານເຂາຮ່ວມຢູ່ດນປານໃດ.

ງ. ທຸກພາກສ່ວນຂອງການຄນຄວາທີ່ເຮດທດລອງ (ບາງອນທີ່ກໍາລງຖືກທດລອງ)

ຈ. ຄວາມສ່ຽງ ຫືພາກສ່ວນຕ່າງໆຂອງການທດລອງທີ່ອາດຈະເຮດໃຫທ່ານບາດເຈບ ຫືເຮດໃຫທ່ານບໍ່ສະດວກສະບາຍ

ສ. ຜນປະໂຫຍດໃດໜຶ່ງທີ່ມີຕໍ່ທ່ານ ຫືຜອື່ນໆທີ່ສາມາດໄດມາຈາກການຄນຄວາ

ຊ. ການປິ່ນປວ ຫືຂນຕອນການດໍາເນີນການໃດໜຶ່ງທີ່ອາດຈະມີຜນປະໂຫຍດຕໍ່ທ່ານແທນການຄນຄວາ (ທາງເລືອກ)

ຍ. ຂໍ□ ນປະຈໍາຕວບາງອນຂອງຜ□ີ່ຈະເອາຂໍ□ ນຂອງທ່ານໃຫ□

ດ. ຈະມີການປກປອ□ຄວາມລບຂອງທ່ານ ແລະຄວາມເປນສ່ວນຕວຂອງຂໍ□ ນຂອງທ່ານແນວໃດ.

ເຈ□ໜ□ທີ່ເຮດການສຶກສາຄນ□ວາ□ຍງຕອ□ບອກຂໍ□ນຢູ່ລຸ່ມນີໃຫ□ບທ່ານ ຖາ□ນໍາໃຊ□ນເຂ□ໃນການສຶກສາຄນ□ວາ□

ກ. ວ່າທ່ານຈະຮບເອາການຊດເຊີຍ (ເງິນ ຫືການປິ່ນປວບໍ່ເສຍຄ່າ) ບໍ່ ຖາ□ທ່ານໄດ□ບບາດເຈບໃນຂະນະທີ່ທ່ານເຂ□ຮ່ວມໃນການສຶກສາຄນ□ວາ□ນີ□

ຂ. ວ່າອາດຈະມີຄວາມສ່ຽງທີ່ພວກເຮາບໍ່ຮ□ໃນປະຈຸບນນີ□ແຕ່ສາມາດເກີດຂຶ□ໄດ□ໃນອະນາຄດບໍ່

ຄ. ວ່າມີເຫດຜນບໍ່ ເປນຫຍງຜ□ນ□ວາ□ຈຶ່ງອາດຈະຫ□ມທ່ານເຂ□ໃນການສຶກສາຄນ□ວາ□

ງ. ຄ່າໃຊ□ຈ່າຍໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານຈະຕອ□ອອກຢູ່ໃນການສຶກສາຄນ□ວາ□

ຈ. ສິ່ງທີ່ຈະເກີດຂຶ□ ຖາ□ທ່ານຕອ□ການຢຸດເຂ□ຮ່ວມການຄນ□ວາ□

ສ. ເວລາທີ່ທ່ານຈະໄດ□ບແຈ□ບອກກ່ຽວກບສິ່ງທີ່ຄ□ພບໃໝ່ ທີ່ອາດຈະເຮດໃຫ□ທ່ານປ່ຽນໃຈໃນການເຂ□ຮ່ວມການຄນ□ວາ□

ຊ. ມີຈກຄນທີ່ຈະເຂ□ຮ່ວມໃນການຄນ□ວາ□

ຫງຈາກທ່ານໄດ□ບແຈ□ບອກທຸກຂໍ□ນຂ□ງເທິງແລ□ ເຈ□ໜ□ທີ່ເຮດການຄນ□ວາ□ຈະຖາມທ່ານວ່າ ທ່ານຕອ□ການເຂ□ຮ່ວມໃນການຄນ□ວາ□ບໍ່. ຖາ□ທ່ານຕກລງເຫນດີ ເຈ□ໜ□ທີ່ເຮດການຄນ□ວາ□ຈະບອກໃຫ□ທ່ານເຊນແບບຟອມນີ□

ທ່ານຕອງໄດຮບແບບຟອມນີສະບບມີລາຍເຊນເປນພາສາຂອງທ່ານເອງ: ທ່ານຍງຈະໄດຮບພາກສງລວມເປນລາຍລກອກສອນຂອງການຄນຄວານີເປນພາສາອງກິດນໍາ.

Boston Children's Hospital

ແບບຟອມຍິນຍອມໃນການຄົ້ນຄວ້າ

MRN: ______________________

ຊື່ຄົນເຈັບ: ______________________

ທ່ານ ຫຼືຜູ້ແປພາສາຂອງທ່ານອາດຈະໂທຫາ ______________________ ທີ່ເບີ______________________ ໄດ້ທຸກເວລາທີ່ທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຄົ້ນຄ້ວາ ຫຼືສິ່ງທີ່ຈະຕ້ອງເຮັດ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບບາດເຈັບ. ທ່ານ ຫຼືຜູ້ແປພາສາຂອງທ່ານອາດຈະໂທຫາຄະນະກໍາມະການໂຮງໝໍຂອງເດັກບອສຕັນໃນການສືບສວນທາງດ້ານຄລີນິກທີ່ເບີ 617-355-7052 ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານທີ່ເປັນຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມການຄົ້ນຄ້ວາ.

ທ່ານມີສິດຕັດສິນໃຈວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຈະຢູ່ໃນການສຶກສາຄົ້ນຄ້ວານີ້ ຫຼືບໍ່. ຂຶ້ນຢູ່ກັບທ່ານເອງ. ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈວ່າ ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄ້ວາກໍ່ໄດ້. ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄ້ວາ ແລະຢຸດເຊົາໄດ້ທຸກເວລາ. ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄ້ວາ ຫຼືຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຢຸດເຊົາ ທ່ານຈະບໍ່ເສຍຜົນປະໂຫຍດອັນໃດທີ່ທ່ານຈະມີສິດໄດ້ຮັບ. ບໍ່ວ່າທ່ານຈະຕັດສິນໃຈແນວໃດກໍ່ຕາມ ມັນຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງວິທີການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວຮັກສາຈາກເຈົ້າໜ້າທີ່ ແຕ່ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄ້ວາ ມັນສາມາດປ່ຽນແຜນການປິ່ນປົວດູແລຂອງທ່ານໄດ້.

ການເຊັນເອກະສານນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ ໄດ້ມີການອະທິບາຍເລື່ອງການສຶກສາຄົ້ນຄ້ວາໃຫ້ກັບທ່ານແລ້ວ. ອັນນີ້ໝາຍຄວາມວ່ໄດ້ມີການແຈ້ງບອກທຸກຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງໃຫ້ກັບທ່ານແລ້ວ. ຖ້າທ່ານເຊັນແບບຟອມນີ້, ມັນໝາຍຄວາມວ່າ ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄ້ວາ.

ຄໍາຍິນຍອມຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ

■ ______________________ ____

ວັນທີ (ດດ/ວວ/ປປປປ) ລາຍເຊັນຂອງ**ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມເດັກນ້ອຍ/ຜູ້ໃຫຍ່** (ຖ້າລະບຸໄດ້)

ຄໍາຍິນຍອມຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ ແລະ/ຫຼືຄໍາອະນຸຍາດຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

■ ______________________ ____ ______________________

ວັນທີ (ດດ/ວວ/ປປປປ) ລາຍເຊັນຂອງ**ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຜູ້ໃຫຍ່ ຫຼືພໍ່ແມ່ ຫຼືຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ** ຄວາມສໍາພັນກັບເດັກ

■ ______________________ ____ ______________________

ວັນທີ (ດດ/ວວ/ປປປປ) ລາຍເຊັນຂອງ**ພະຍານ * ແລະຜູ້ແປພາສາ** ຊື່ແຈ້ງ

* ພະຍານໃຫການຮັບຮອງວ່າ ໄດມີການກ່າວອະທິບາຍເຖິງວິທີການດໍາເນີນການຄົນຄວາແລວ ແລະຜເຂາຮ່ວມໄດຮັບຄໍາແນະນໍາແລວວ່າເຂາເຈາສາມາດຖາມຄໍາຖາມໄດ