|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\SDU\Pictures\about_in1.png | **คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต** | **ปรับปรุง ณ 25/01/2564** |
| **เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  **สำหรับผู้ปกครองที่มีผู้อยู่ในปกครองอายุต่ำกว่า 7 ปี** | **human\_6** |

***คำแนะนำในการเขียน (ข้อความส่วนนี้ไม่ต้องระบุ)***

*ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่น ๆ ภาษาที่ใช้ต้องเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาทางวิชาการ ศัพท์เทคนิค ศัพท์ทางการแพทย์ ภาษาอังกฤษ หากจำเป็นต้องใช้ต้องมีคำอธิบายประกอบด้วย*

***อย่า*** *ตัดตอนข้อความในโครงการวิจัย หรือในวิทยานิพนธ์มาใช้เป็นข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือ  
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เพราะเป็นภาษาทางวิชาการ ต้องเขียนใหม่ให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเอกสารเรียงเป็นลำดับ ดังตัวอย่าง*

***ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับนำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วม  
การวิจัย***

**ชื่อโครงการวิจัย**………………………………………………………………………………………...............................................

**ชื่อผู้วิจัย**………………………………………………….**ตำแหน่ง**…………………………………..............................................

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย**

(ที่ทำงาน) ....................................................................................................................................................

(ที่บ้าน) .........................................................................................................................................................  
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) …………......………ต่อ …...……….. โทรศัพท์ที่บ้าน ......……………………............................

โทรศัพท์มือถือ …………………………… E-mail: …………..………………………………………………………………………

โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อ...........................................................................................โดยท่าน/เด็กในปกครองของท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัยนี้โดยตรง แต่หากการวิจัยได้ผลดี จะทำให้ทราบ……………......................................................................................................................................................

ท่าน/เด็กในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เพราะท่าน/เด็กในปกครองของท่าน..............................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................... มีอายุต่ำกว่า 7 ปี

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ ........................... คน

**หากท่าน/เด็กในปกครองของท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ**

* ผู้วิจัยจะขอนัดวัน และเวลาที่ท่าน/เด็กในปกครองของท่านสะดวกในการเข้าร่วมการวิจัย **จำนวน** .................. **ครั้ง** ดังนี้
* .......................................................................................................................................... .......................................................................................................................................... ........................................................................................................................................................

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย....................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านและเด็กในปกครองของท่านจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลา จำนวน …….   
 บาท และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

**หากเด็กในปกครองของท่านมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของ  
ท่านและเด็กในปกครองของท่านเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ขอให้ท่านแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากท่าน  
มีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือเด็กในปกครองของท่านเกิดอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยหรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับเด็กในปกครองของท่าน ท่านสามารถติดต่อกับ** (คำอธิบาย ให้ระบุชื่อผู้วิจัย แพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ดำเนินการวิจัย และเบอร์โทรศัพท์ที่จะสามารถติดต่อได้) .........................................................................................**(ตลอด 24 ชั่วโมง)**

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของเด็กในปกครองของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล  
แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะอนุกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

เด็กในปกครองของท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและเด็ก  
ในปกครองของท่านแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต 295 ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์   
0-22445280-2 หากท่าน/เด็กในปกครองของท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านและเด็กในปกครองของท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....................................................................ผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้ปกครอง   
 (...........................................................................)

วันที่............/............../……...........