

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย**  
**(Informed Consent Form)**

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับ

1. อาสาสมัครที่บาดเจ็บไขสันหลังแบบสมบูรณ์ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
3. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2562 – วันที่ 31 พฤษภาคม 2563

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(ในกรณีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้มีอายุ 20 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาย /นาง /นางสาว) .....นามสกุล .....  
 อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยในโครงการวิจัย เรื่องคุณภาพชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังแบบสมบูรณ์ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

(\*ในกรณีเป็นผู้ปกครอง/ผู้แทนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่เป็นเด็กโตอายุตั้งแต่ 15 ปี แต่ต่ำกว่า 20 ปี หรือผู้ป่วยที่แขนอ่อนแรง) ข้าพเจ้า(นาย /นาง /นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เป็นบิดา /มารดา /ผู้ปกครอง/ผู้แทนของ (นาย /นาง /นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี ขอแสดงเจตนายินยอมให้เด็กหรือผู้ป่วยที่อยู่ในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังแบบสมบูรณ์ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

โดยข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยและ/หรือได้รับฟังคำอธิบายจาก.....(ชื่อผู้ให้ข้อมูล) และได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าหรือเด็กหรือผู้ป่วยที่อยู่ในปกครองของข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าหรือเด็กหรือผู้ป่วยที่อยู่ในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ และข้าพเจ้าหรือเด็กหรือผู้ป่วยที่อยู่ในปกครองของข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าหรือเด็กหรือผู้ป่วยที่อยู่ในปกครองของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัยโดยให้นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้นแต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ข้าพเจ้าหรือเด็กหรือผู้ป่วยที่อยู่ในปกครองของข้าพเจ้าสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆในการรับการ

บริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าหรือเด็กหรือผู้ป่วยที่อยู่ในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยกับตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ (นางสาวดวงกมล สุวรรณ) ได้ที่ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-451710 (ในเวลาราชการ) และ (มือถือ 088-7900745) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1157 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ medpsu.ec@gmail.com

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อผู้ปกครอง/ผู้แทนผู้ป่วย

.....

(.....)

(เกี่ยวข้องเป็น.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย/ ผู้ขอความยินยอม

.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ (1) ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นเด็กโตอายุ 15 ถึงก่อน 20 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อ ทั้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (เด็ก) และผู้ปกครองด้วย