

ตัวอย่างการเขียนใบยินยอม

ใบยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent)

1. โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาการกระจายของยาในระบบหมุนเวียนโลหิตของโพรงประสาทฟัน
ท่านกำลังถูกทาบทามเพื่อเข้าร่วมในโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าวข้างต้น ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เราต้องการจะอธิบายให้ท่านทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอันตรายที่ท่านจะได้รับ และสิ่งที่เราคาดหวังจากท่านเมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
เมื่อท่านตกลงใจที่จะเข้าร่วมโครงการ เราจะขอให้ท่านเซ็นชื่อ ในใบยินยอมต่อหน้าบุคคลซึ่งเป็นพยาน
การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับ ท่านอาจตัดสินใจที่จะไม่เข้าร่วมโครงการ หรือถอนออกจากโครงการเวลาใดก็ได้ โดยท่านจะไม่สูญเสียประโยชน์ของท่านเกี่ยวกับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน
2. วัตถุประสงค์ของโครงการ
เพื่อศึกษารูปแบบของการแพร่กระจายของยาในระบบหมุนเวียนโลหิตของโพรงประสาทฟัน โดยจะทำการศึกษาใน ประชากร 4 กลุ่ม ที่ต้องการถอนฟัน
3. วิธีการ
ถ้าท่านตกลงใจจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ภายหลังจากท่านได้เซ็นยินยอมการเข้าร่วมโครงการแล้ว ท่านจะรับประทานยา tetracyclin 3 ชั่วโมงก่อนการถอนฟัน จะฉีดยาชาเฉพาะที่ เมื่อทำการถอนฟัน ฟันที่ถอนออกไปจะนำไปศึกษาที่ปลายรากฟัน โดยวิธีการทาง Fluorescence microscopy
4. ความเสี่ยงและหรือความไม่สบายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น
วิธีการถอนฟัน จะเป็นแบบวิธีมาตรฐาน เมื่อถอนฟันแล้ว ผู้ป่วยจะมีเลือดไหลตามปกติ และเมื่อมีอาการปวด ท่านจะได้รับยาแก้ปวด
5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (ตัวอย่างเช่น)
 - ท่านจะได้รับการถอนฟันฟรี
 - ท่านจะได้รับการดูแลรักษาฟรี
 - ได้รับคำแนะนำการรักษา และสอนทันตสุขศึกษา
 - ได้รับค่ารถ
 - หรืออื่นๆ

6. ค่าใช้จ่าย

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมโครงการ

7. การได้รับบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านได้รับบาดเจ็บจากการเข้าร่วมโครงการท่านจะได้รับการดูแลรักษาโดยทันที

8. บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อเมื่อมีปัญหาหรือคำถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้

หากท่านมีปัญหาหรือคำถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อ ศาสตราจารย์ ทันทแพทย์พีรนิธ กันตะบุตร สาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร. (053) 944461 และหรือ นทพ. แพงภรณ์ กังวานใจ, นทพ. สุภาวดี คูศิษฐาเลิศ

เมื่อท่านได้อ่านใบยินยอม หรือมีผู้อ่านและอธิบายใบยินยอมนี้ให้ท่านฟัง และท่านเข้าใจ แล้ว และสมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ กรุณาเซ็นชื่อของท่าน ข้างล่างนี้

.....
() วัน/เดือน/ปี
ชื่ออาสาสมัครหรือผู้ปกครอง

.....
() วัน/เดือน/ปี
พยาน