|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี****กระทรวงสาธารณสุข** | AF 06-09/02.0 |
| **ตัวอย่างเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัยเด็กอายุ****7 ถึงต่ำกว่า 12 ปี** **(Information sheet for research****participant aged 7-12 years old)** | เริ่มใช้ ตุลาคม 2562 |

**ชื่อโครงการวิจัย:**  .......................................................................................................................

ผู้วิจัยขอให้หนูเข้าร่วมในการวิจัยนี้เนื่องจากหนูเป็นเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรง ขอให้หนูให้เวลาเพื่ออ่านและปรึกษากับคุณหมอ พยาบาล ผู้ปกครอง เครือญาติ หรือหนูสามารถถามเจ้าหน้าที่ในโครงการในส่วนที่หนูไม่เข้าใจ หรือต้องการรู้เพิ่มเติม

**1. โครงการนี้คืออะไร** (ผู้วิจัยเติมข้อความซึ่งใช้คำพูดและประโยคที่เข้าใจง่าย)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. ทำไมจึงเกิดการศึกษาวิจัยในโครงการ**

คุณหมอของโครงการต้องการรู้ว่า (ผู้วิจัยเติมข้อความซึ่งใช้คำพูดและประโยคที่เข้าใจง่าย) ..............................

...........…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................................………………………………………..

**3*.* หนูต้องทำอะไรบ้างถ้าเข้าร่วมการวิจัย** (ผู้วิจัยเติมข้อความซึ่งใช้คำพูดและประโยคที่เข้าใจง่าย)

หนูจะได้มาพบคุณหมอทั้งหมด …….. ครั้ง คือ .......................................................................................................
.......................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

**4. ความเสี่ยงและประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการ** (ผู้วิจัยเติมข้อความซึ่งใช้คำพูดและประโยคที่เข้าใจง่าย)

 หนูอาจรู้สึก………………………………………………….………………………………………………………………………………..

**5. การรักษาความลับ**

ข้อมูลทุกอย่างของหนูที่ทางโครงการเก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ ทางโครงการจะใช้เพียงหมายเลขรหัสแทนชื่อของหนู จะไม่มีการใช้ชื่อจริงในการวิจัยนี้

**6. การเข้าร่วมโครงการวิจัย**

การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ขึ้นอยู่กับตัวหนูและครอบครัว หนูมีสิทธิ์ตัดสินใจ ไม่เข้าร่วมในโครงการนี้ได้ และหากหนูเข้าร่วมโครงการแล้ว หนูก็มีสิทธิ์ที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลใดๆ คุณหมอผู้ดูแลหนูจะยังคงให้การดูแลหนูตามปกติ

ขอบคุณที่หนูเสียสละเวลาเพื่อทำความเข้าใจกับโครงการวิจัยนี้ ขอให้หนูสอบถามและแจ้งให้ทางโครงการทราบสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ หรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

**ปัญหาหรือข้อซักถามต่างๆ**

ถ้าหนูมีคำถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ หรือเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หนูสามารถติดต่อ ………………………………… โทร…………………………………………. หรือ เบอร์โทรศัพท์มือถือกรณีฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง …………………………………………………………………………………………………………………………………………...

สำหรับคำถามเกี่ยวกับโครงการวิจัย สิทธิของหนู และอันตรายที่เกิดจากการวิจัย หนูสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นอิสระจากโครงการวิจัยนี้ ที่................................. ผู้ให้คำปรึกษา ...................................................... ที่โทรศัพท์หมายเลข .....................................