**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย อายุ 13 ปีบริบูรณ์ -17 ปี และผู้ปกครอง**

**(Participant Age 13-17 & Legal Guardian Information Sheet)**

□ ต้นฉบับ □ การปรับเปลี่ยนครั้งที่.................................... วันที่............/............/............

***ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่าน/เด็กในปกครองของท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านและเด็กในปกครองของท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับนำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือผู้อื่นที่ท่าน/เด็กในปกครองของท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย***

**ชื่อโครงการ** .........................................................................................................................................................................

**ชื่อผู้วิจัย** .........................................................................................................................................................................

**สถานที่วิจัย** .........................................................................................................................................................................

**สถานที่ทำงาน** ..............................................................................................**หมายเลขโทรศัพท์**.............................................

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

ท่าน/เด็กในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เพราะท่าน/เด็กในปกครองของท่าน.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................มีอายุระหว่าง 13 -17 ปี

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

**หากท่าน/เด็กในปกครองของท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ**

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

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

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านและเด็กในปกครองของท่านจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลา จำนวน ……. บาท และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

**หากท่านและเด็กในปกครองของท่านมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของท่านและเด็กในปกครองของท่านเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ขอให้ท่านและเด็กในปกครองของท่านแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากท่านและเด็กในปกครองของท่านมีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือเกิดอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยหรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับท่านและเด็กในปกครองของท่าน ท่านและเด็กในปกครองของท่านสามารถติดต่อกับ** ...............................................................................................................................................**(ตลอด 24 ชั่วโมง)**

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของท่านและเด็กในปกครองของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ท่าน/เด็กในปกครองของท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและเด็กในปกครองของท่านแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สำนักงานคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม เลขที่ 38 ถนนเพชรเกษม แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กทม.10160 โทรและFax 02-867-8000 ต่อ 5216หากท่าน/เด็กในปกครองของท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านและเด็กในปกครองของท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ............................................................ผู้เข้าร่วมวิจัย

(...........................................................................)

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

ลงชื่อ..........................................................................ผู้ปกครอง

(...........................................................................)

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