**ការយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ**

ឈ្មោះមនុស្សចូលរូមជាសំណាកពិសោធន៍៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ការសិក្សា IRB លេខ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ/លេខសម្គាល់ប្រធានបទ៖\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

លោកអ្នក ឬកូនរបស់លោកអ្នកត្រូវ​បានស្នើសុំឲ្យចូលរួម​ក្នុងការសិក្សា​ស្រាវ​ជ្រាវ​មួយ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ គឺជាវិធីដែលក្រុមអ្នកវិទ្យាសាស្រ្ត (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក និងអ្នកជំនាញដទៃទៀត) ព្យាយាមយល់អំពីរបៀបដំណើរការ និងចាប់យក​ចំណេះដឹងថ្មីៗ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះអាចនិយាយអំពីរបៀបដំណើរការនៃរាងកាយ មូល​ហេតុ​នៃជំងឺ របៀបព្យាបាលជំងឺ ឬអ្វីដែលគេគិត និងយល់ឃើញ​អំពីរឿងមួយចំនួន។

មុននឹងសម្រេចចិត្តថាតើលោកអ្នក ឬកូនរបស់លោកអ្នកនឹង​ចូលរួមក្នុង​ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ដែរឬអត់នោះ អ្នកស៊ើបអង្កេតត្រូវតែប្រាប់អ្នកនូវ (i) ព័ត៌មានសំខាន់ៗដែលនឹងជួយអ្នកឱ្យយល់ពីមូលហេតុដែលចូលរួម ឬមិនចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវនេះ (ii) គោលបំណងនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ សកម្មភាពដែលនឹងធ្វើឡើង - ទាំងនេះគេហៅថា នីតិវិធី និងរយៈពេលនៃការស្រាវជ្រាវ (iii) នីតិវិធីណាដែលមានលក្ខណៈ ពិសោធន៍ (កំពុងត្រូវបានធ្វើតេស្ត) (iv) ហានិភ័យ អផាសុកភាពណាមួយដែលទំនងជានឹងកើតឡើង និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការស្រាវជ្រាវ (v) នីតិវិធី ឬការព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលមានប្រយោជន៍ខ្លាំង និង (vi) របៀបរក្សាសិទ្ធិឯកជនរបស់អ្នក (vii) ក្នុងករណីព័ត៌មានសម្ងាត់ដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណ ឬសំណាកដែលអាចកំណត់បាននឹងត្រូវរក្សាទុកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវនាពេលអនាគត ឬចែករំលែកជាមួយក្រុមអ្នកស្រាវជ្រាវដទៃទៀតដោយគ្មានការយល់ព្រមចំពោះការស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀត។

បើអាច អ្នកស៊ើបអង្កេតត្រូវប្រាប់អ្នកផងដែរអំពី (i) ការទូទាត់ ឬការព្យាបាលវេជ្ជសាស្រ្តណាមួយដែលមាន ប្រសិនបើមានការរងរបួស ឬគ្រោះថ្នាក់កើតឡើង (ii) ករណីអាចកើតមានហានិភ័យដែលមិនដឹង (iii) ស្ថានភាពនៅពេលអ្នកស៊ើបអង្កេតអាចបញ្ឈប់ការចូលរួមរបស់អ្នក (iv) ការចំណាយបន្ថែមណាមួយចំពោះអ្នក (v) អ្វីដែលកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តឈប់ចូលរួម (vi) នៅពេលអ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងអំពីលទ្ធផលរកឃើញថ្មីដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ឆន្ទៈរបស់ក្នុងការចូលរួម និង (vii) តើមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់នឹងចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សា (viii) ការណ៍ពិតដែលសំណាកជីវៈរបស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់រកប្រាក់ចំណេញផ្នែកពាណិជ្ជកម្ម និងថាតើអ្នកនឹងមានចំណែកក្នុងប្រាក់ចំណេញផ្នែកពាណិជ្ជកម្មនោះឬអត់ (ix) ក្នុងករណីការស្រាវជ្រាវរួមបញ្ចូលទាំងលំដាប់សេណូមទាំងមូល។

បើអ្នកព្រមព្រៀងចូលរួម អ្នកត្រូវទទួលបាននូវច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារនេះដែលមានចុះហត្ថលេខា និងច្បាប់ថតចម្លងនៃទម្រង់យល់ព្រមដែលត្រូវបានអនុម័តសម្រាប់ការសិក្សានេះដែលសរសេរជាភាសាអង់គ្លេស។

អ្នកអាចទាក់ទង \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ នៅ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ គ្រប់ពេលដែលអ្នកមានសំណួរអំពីការស្រាវជ្រាវនេះ ឬអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានរបួស។ បើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសំណាកសម្រាប់ការ ស្រាវជ្រាវ អ្នកអាចទាក់ទងគណៈកម្មការត្រួតពិនិត្យស្ថាប័នតាមទូរសព្ទលេខ (508) 856-4261តាមអីមែល irb@umassmed.eduឬតាមសំបុត្រនៅ អាសយដ្ឋានដូចខាងក្រោម៖

UMMS Institutional Review Board (IRB)

362 Plantation Street, Ambulatory Care Center, 7th Floor

Worcester, MA 01605

ការចូលរួមរបស់អ្នកក្នុងការស្រាវជ្រាវនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត (តាមជម្រើសផ្ទាល់របស់អ្នក) ហើយអ្នកនឹងមិនត្រូវបានដាក់ទោស ឬបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ទេ ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធមិនចូលរួមឬសម្រេចចិត្តឈប់។

ការចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះមានន័យថា ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះរួមទាំងព័ត៌មានខាងលើត្រូវបានពណ៌នាប្រាប់អ្នកដោយផ្ទាល់មាត់ ហើយអ្នកស្ម័គ្រចិត្តយល់ព្រមចូលរួម។

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
ហត្ថលេខារបស់អ្នកចូលរួម កាលបរិច្ឆេទ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលទទួលបានសិទ្ធិអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ កាលបរិច្ឆេទ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព/ហត្ថលេខារបស់សាក្សី កាលបរិច្ឆេទ

ការផ្ញើច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់យល់ព្រមព្រៀងដែលមានចុះហត្ថលេខា៖ 1) ផ្តល់ឱ្យក្រុមគ្រួសារ 2) កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ 3) ឯកសាររបស់អ្នកស៊ើបអង្កេត។