

**TUFTS MEDICAL CENTER
TUFTS UNIVERSITY
ក្រសួងលោហិតវិទ្យា/មហាវិថ៌វិទ្យា**

សេចក្តីយល់ព្រម ដើម្បីចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវ

ប្រមុខអ្នកសង្កេតការណ៍ (Principal Investigator):

យើងសូមអញ្ជើញអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ។ ការចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ គឺស្រេចតែចិត្តរបស់អ្នកទាំងស្រុង ហើយអ្នកមិនបាច់ចូលរួមក៏បានដែរ។ អ្នកអាចយល់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅពេលណាក៏បាន ដោយព្រោះមូលហេតុអ្វីមួយ។ បើអ្នកដកខ្លួនចេញពីការសិក្សានេះ វានឹងមិនផ្លាស់ប្តូររបៀបដែលអ្នកត្រូវបានថែទាំនៅ Tufts Medical Center/Tufts University ឡើយ។

អ្នកគួរតែដឹងថា ការថ្មីៗអាចនឹងបានរៀនក្នុងពេលសិក្សានេះ។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកអំពីព័ត៌មានថ្មី ដែលអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់ឆន្ទៈរបស់អ្នក ដើម្បីនៅក្នុងការសិក្សានេះ។

បើសិនជាអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ប្រមុខអ្នកសង្កេតការណ៍នៅតែអាចនឹងដកអ្នកចេញពីការសិក្សាបានដែរ បើសិនជាគាត់ (she/he) គិតថាវាជាផលប្រយោជន៍ល្អបំផុតសំរាប់អ្នក។

មុននឹងអ្នកយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកអំពី :

- គោលបំណងនៃការសិក្សានេះ។
- ចំនួនមនុស្សដែលនឹងចូលរួមក្នុងការសិក្សា។
- ទំរង់ការនៃការសិក្សា។
- ទំរង់ការណាមួយជាការពិសោធន៍ ហើយណាមួយការថែទាំជាធម្មតា។
- អ្នកនឹងនៅក្នុងការសិក្សាយូរប៉ុណ្ណា។
- ភាពគ្រោះថ្នាក់ និងភាពមិនស្រួល ដែលអាចនឹងកើតឡើងចេញពីការសិក្សា។
- អត្ថប្រយោជន៍អ្វីមួយដែលអាចមាន នៅក្នុងការសិក្សា។
- របៀបផ្សេងទៀត ដែលត្រូវនៅក្នុងការសិក្សា។
- ភាពសំងាត់ និងភាពឯកជនរបស់អ្នក នឹងបានការការពារដោយរបៀបណា ហើយអ្នកណាខ្លះនឹងមើលព័ត៌មានរបស់អ្នក។
- ការបង់ប្រាក់អ្វីខ្លះ សំរាប់ការចូលរួមរបស់អ្នកនៅក្នុងការសិក្សានេះ។
- ការបង់ប្រាក់ ឬការព្យាបាលសុខភាព បើសិនអ្នកឈឺធ្លាត់ ឬឈឺចាប់ កើតចេញពីការសិក្សានេះ។
- ភាពគ្រោះថ្នាក់មិនដឹង ដែលអាចមាន។
- មានដំឡើងប៉ុន្មានសំរាប់អ្នក នៅក្នុងការសិក្សានេះ។
- មូលហេតុដែលប្រមុខអ្នកសង្កេតការណ៍ អាចនឹងបញ្ឈប់ការចូលរួមរបស់អ្នកនៅក្នុងការសិក្សា។

សូមសួរសំណួរអ្វីៗ ដែលអ្នកចង់ដឹងអំពីការសិក្សា។

SHORT FORM WRITTEN INFORMED CONSENT DOCUMENT FOR SUBJECTS WHO DO NOT SPEAK ENGLISH
(ឯកសារលាយលក្ខណ៍អក្សរ នៃក្រដាសបំពេញសេចក្តីយល់ព្រមដែលបានជ្រុតជ្រាបទំរង់ខ្លី សំរាប់បុគ្គលចូលរួមដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស)

បើសិនអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកនឹងមិនបានចូលទៅក្នុងអ្នកណាម្នាក់ឡើយ លុះត្រាតែយើងទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នក។ យើងនឹងប្រឹងអស់ពីសមត្ថភាព ដើម្បីរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកទុកជាសំងាត់; ប៉ុន្តែយើងមិនអាចអះអាងចំពោះភាពឯកជនរបស់អ្នកឡើយ។ ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលខ្លះ ដូចជា ការិយាល័យការពារមនុស្សចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវ (Office for Human Research Protections) និងនាយកដ្ឋានអាជនភណ្ឌ និងឱសថប្រករណ៍ (Food and Drug Administration) អាចនឹងឆែកមើលកំណត់ត្រាដែលសំគាល់រូបអ្នក។ គណៈពិនិត្យពិច័យគ្រឹស្ថាន (Institutional Review Board - IRB) នៃមណ្ឌលពេទ្យ Tufts (Tufts Medical Center) និងវិទ្យាសាស្ត្រសុខភាពសាកលវិទ្យាល័យ Tufts (Tufts University Health Sciences) ក៏អាចនឹងមើលកំណត់ត្រារបស់អ្នកដែរ។ ទាំងនេះអាចនឹងរួមមាននូវកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក ឬកំណត់ ត្រាការស្រាវជ្រាវ និងក្រដាសបំពេញដែលបានចុះហត្ថលេខានេះ។ IRB គឺជាក្រុមនៃវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក និងមនុស្សមិនមែនជាពេទ្យ ដែលពិនិត្យ មើលការសិក្សាស្រាវជ្រាវមនុស្ស សំរាប់ខាងសុវត្ថិភាព និងការពារមនុស្សដែលចូលរួមក្នុងការសិក្សា។

បើសិនអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ យើងនឹងសូមអ្នកចុះហត្ថលេខាក្រដាសបំពេញនេះ ដើម្បីបង្ហាញថាយើងបានពិភាក្សាអំពីការសិក្សា ហើយអ្នកយល់ព្រមចូលរួម។ យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសំណេរនៃក្រដាសបំពេញដែលបានចុះហត្ថលេខានេះ។ សូមរក្សាទុក សំរាប់ជាក់លាក់ត្រារបស់អ្នក។ វាមានឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទសំខាន់ៗ ដែលអ្នកអាចយកមកប្រើជាទិសដៅនៅពេលអនាគត។ យើងក៏ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសង្ខេបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ អំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវដែរ។

បើសិនអ្នកឈឺធ្លាក់ ឬឈឺចាប់ កើតចេញពីការសិក្សា អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ តាមលេខ
ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតដល់ ថ្ងៃសុក្រ ក្នុងពេលម៉ោងធ្វើការធម្មតា។ បើសិនអ្នកមានសំណួរអំពីការសិក្សានេះ អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទទៅ (គាត់) បានដែរ។
នៅពេលយប់ ចុងអាទិត្យ និងនៅថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទាក់ទងទៅ តាមលេខ
យើងក៏សូមឱ្យអ្នកអានទំព័រដែលមានភ្ជាប់ មកជាមួយសំរាប់សេចក្តីណែនាំអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរ និងអាចជួយអ្នកទូរស័ព្ទទាក់ទង។

អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទទៅ តាមលេខ
បានដែរ បើសិនអ្នកមានសំណួរអំពីការ ស្រាវជ្រាវនេះ។ គាត់ (She/He) ធ្វើការពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ ក្នុងពេលម៉ោងធ្វើការធម្មតា។

បើសិនអ្នកមានសំណួរអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ឋានៈជាបុគ្គលចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវ សូមទូរស័ព្ទទៅ Tufts Medical Center និង Tufts University Health Sciences IRB តាមលេខ (617) 636-7512.

សូមទូរស័ព្ទទៅ នាយកខាងភាពឯកជននៃ HIPAA ឈ្មោះ: តាមលេខ
បើសិនអ្នក មានសំណួរអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ឋានៈជាបុគ្គលចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវ។

ហត្ថលេខា
ខ្ញុំបានអានក្រដាសបំពេញសេចក្តីយល់ព្រមនេះ ហើយគេក៏បានរៀបរាប់ប្រាប់ខ្ញុំដោយផ្ទាល់មាត់ នូវព័ត៌មានទាំងប៉ុន្មាននៅខាងលើ។ ខ្ញុំបានពិភាក្សាអំពីទំរង់ការ ជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិតធ្វើការសិក្សា ឬបុគ្គលិកធ្វើការសិក្សា។ ខ្ញុំមានឱកាសសួរសំណួរ។ គេបានឆ្លើយសំណួររបស់ខ្ញុំ បានគាប់ចិត្តខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ។

ខែថ្ងៃឆ្នាំ

ហត្ថលេខាអ្នកចូលរួម

ឈ្មោះអ្នកចូលរួម ជាអក្សរពុម្ព

ខែថ្ងៃឆ្នាំ

ហត្ថលេខាសាក្សី

ឈ្មោះសាក្សី ជាអក្សរពុម្ព

ឈ្មោះអ្នកបកប្រែ : _____

សេចក្តីណែនាំ សំរាប់ជំនួយនិយាយជាមួយនិងប្រមុខអ្នកសង្កេតការណ៍ នៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

អ្នកត្រូវបានអញ្ជើញឲ្យចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ នៅ Tufts Medical Center/Tufts University Health Sciences។ ដូចបានថ្លែងនៅលើ ក្រដាសបំពេញសេចក្តីយល់ព្រមដែលបានជ្រួតជ្រាបទំរង់ខ្លី ថាអាចទូរស័ព្ទទៅប្រមុខអ្នកសង្កេតការណ៍ បើសិនអ្នកឈឺថ្លា ឬឈឺចាប់ ឬបើសិនអ្នកមាន សំណួរអំពីការសិក្សា។

បើសិនអ្នកត្រូវការអ្នកណាម្នាក់ដែលចេះភាសាខ្មែរ ដើម្បីជួយអ្នកឲ្យបកប្រែការទូរស័ព្ទទៅប្រមុខអ្នកសង្កេតការណ៍ សូមទូរស័ព្ទទៅ
១ ជននោះនឹងជួយអ្នកទូរស័ព្ទទាក់ទង និងនិយាយជាមួយនិងប្រមុខអ្នកសង្កេតការណ៍។