

មជ្ឈមណ្ឌលស្រាវជ្រាវអាតមហារីក Fred Hutchinson  
សាកលវិទ្យាល័យវ៉ាស៊ីនតោន

**ទម្រង់បែបបទខ្លីនៃការយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ**

លេខពិធីសារ៖ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះប្រធានអ្នកស៊ើបអង្កេត៖ \_\_\_\_\_

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើជាអ្នកតំណាងទទួលសិទ្ធិស្របច្បាប់ អាណាព្យាបាល ឬកំពុងផ្តល់ជូនការអនុញ្ញាតក្នុងនាមជាឪពុកម្តាយ សម្រាប់កុមារក្នុង  
ការសិក្សានេះ ពាក្យថា “អ្នក” និង “របស់អ្នក” សំដៅលើជនដែលអ្នកកំពុងផ្តល់ជូនការយល់ព្រម ឬការអនុញ្ញាតក្នុងនាមជាឪពុកម្តាយទៅឱ្យ។

**អ្នកកំពុងត្រូវបានស្នើឱ្យចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយ**

អ្នកគួរចំណាយពេលវេលារបស់អ្នក សម្រេចថាតើចូលរួមការសិក្សានេះឬក៏អត់ អ្នកគួរពិភាក្សាពីការសម្រេចនេះជាមួយគ្រួសារ និងមិត្តភក្តិរបស់អ្នក។

មុនពេលអ្នកយល់ព្រមចូលរួម យើងនឹងពន្យល់៖

1. ហេតុអ្វីបានជាការសិក្សានេះកំពុងត្រូវបានធ្វើឡើង
2. តើមានអ្វីកើតឡើងអំឡុងការសិក្សា ហើយនីតិវិធីណាមួយដែលមានលក្ខណៈជាការពិសោធន៍
3. ហានិភ័យដែលអាចនឹងមាន និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការចូលរួមការសិក្សា
4. ជម្រើសផ្សេងៗទៀតក្នុងការចូលរួមការសិក្សា និង ហានិភ័យនិងអត្ថប្រយោជន៍របស់ជម្រើសទាំងនោះ
5. របៀបដែលឯកជនភាព និងភាពជាសម្ងាត់របស់អ្នកនឹងត្រូវបានការពារ
6. នរណាខ្លះត្រូវទាក់ទងពេលមានចម្ងល់។

**នៅពេលដែលអាច យើងក៏នឹងអាចពន្យល់បានផងដែរ៖**

1. នរណាបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាល ប្រសិនបើអ្នករងរបួសក្នុងការសិក្សា
2. ឱកាសដែលអាចកើតឡើងនៃហានិភ័យដែលយើងមិនដឹងនៅឡើយ
3. ហេតុអ្វីបានជាអ្នកអាចត្រូវបានដកចេញពីការសិក្សា
4. ការចំណាយណាមួយក្នុងការចូលរួមក្នុងការសិក្សា
5. មានអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចាកចេញពីការសិក្សា
6. ពេលដែលអ្នកនឹងដឹងអំពីលទ្ធផលរកឃើញថ្មីៗ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការសិក្សា
7. មនុស្សប៉ុន្មានអ្នកត្រូវបានគ្រោងទុកសម្រាប់ការសិក្សា
8. ការសិក្សាជម្រើសផ្សេងៗទៀតដែលអ្នកអាចចូលរួមបាន។

សេចក្តីពណ៌នាអំពីការសាកល្បងអាតមហារីក នឹងអាចទទួលបានតាមរយៈគេហទំព័រ [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) ដូចដែលត្រូវបានតម្រូវ  
ដោយច្បាប់សហរដ្ឋ។ គេហទំព័រនេះ នឹងមិនមានព័ត៌មានដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកឡើយ។ ភាគច្រើនបំផុត គេហទំព័រនឹងមាននូវ  
សេចក្តីសង្ខេបអំពីលទ្ធផល។ អ្នកអាចស្រាវជ្រាវគេហទំព័រនេះនាពេលណាក៏បាន។

មជ្ឈមណ្ឌលស្រាវជ្រាវអាគមហារីក Fred Hutchinson  
សាកលវិទ្យាល័យវ៉ាស៊ីនតោន

**ទម្រង់បែបបទស្នើសុំការយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ**

**សិទ្ធិរបស់អ្នក**

អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងការសិក្សា។ អ្នកមានសេរីភាពនិយាយថា យល់ព្រម ឬមិនយល់ព្រម។ ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវបន្តស្ថិតក្នុងការសិក្សានេះឡើយ។ អ្នកអាចឈប់នៅពេលណាក៏បាន (ទោះបីជាមុនពេលអ្នកចាប់ផ្តើមក៏ដោយ)។ មិនមានការពិន័យចំពោះការនិយាយថាទេ ឬការឈប់ឡើយ។ ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រទៀងទាត់របស់អ្នក នឹងមិនផ្លាស់ប្តូរ។

ប្រសិនបើអ្នកឈឺ ឬមានការឈឺចាប់អ្វីមួយក្នុងការសិក្សានេះ អ្នកមិនបាត់បង់សិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នកណាមួយ ក្នុងការស្វែងរកការបង់ប្រាក់ តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមចូលរួម អ្នកនឹងទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះមួយច្បាប់ និងទម្រង់បែបបទយល់ព្រមសម្រាប់ការសិក្សាជាភាសាអង់គ្លេសមួយច្បាប់។

**សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម**

អ្នកអាចទាក់ទងប្រធានអ្នកស៊ើបអង្កេត \_\_\_\_\_ តាមរយៈ \_\_\_\_\_ នៅពេលណាមួយដែលអ្នកមាន ចម្ងល់អំពីការសិក្សា ឬការអង្វររបស់លោកជំនួយការសិក្សា។

អ្នកក៏អាចទាក់ទង Karen Hansen នាយកការិយាល័យពិនិត្យស៊ើបអង្កេត មជ្ឈមណ្ឌលស្រាវជ្រាវអាគមហារីក Fred Hutchinson តាមរយៈលេខ 206-667-4867 ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងឋានៈជាកម្មវត្ថុស្រាវជ្រាវ ឬអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកអង្វរ។

**ហត្ថលេខា**

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ វាមានន័យថាយើងបានពណ៌នាអំពីការសិក្សាជូនអ្នក ហើយអ្នកព្រមព្រៀងចូលរួមដោយស្ម័គ្រចិត្ត។

ឈ្មោះ និងហត្ថលេខារបស់អ្នកចូលរួម ឬអ្នកតំណាងទទួលសិទ្ធិស្របច្បាប់ ប្រសិនបើមាន \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ

ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកតំណាងទទួលសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះអ្នកចូលរួម ប្រសិនបើមាន \_\_\_\_\_

អ្នកបកប្រែភាសា/ឈ្មោះនិងហត្ថលេខាសាក្សី \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ