



**ទម្រង់ខ្លីលើសេចក្តីយល់ព្រមក្នុងការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ**

មជ្ឈមណ្ឌលមហារីក Dana-Farber/Harvard (Dana-Farber/Harvard Cancer Center-DF/HCC)

BIDMC/BWH/BCH/DFCI/MGH/សាខាបណ្តាញនានា

ជំនាន់: 01/08/16

លេខពិធីការ: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកស៊ើបអង្កេតគោល: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកស៊ើបអង្កេតបំពេញករណីកិច្ច: \_\_\_\_\_

ការប្រើប្រាស់ពាក្យ "អ្នក" ក្នុងឯកសារនេះ សំដៅដល់អ្នកចូលរួមការស្រាវជ្រាវនេះ ។  
ការស្រាវជ្រាវទាំងអស់គឺស្រុកចិត្ត។ វាជាជម្រើសរបស់អ្នក  
ទោះបីជាអ្នកចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវនេះ ឬក៏អត់។ វាក៏សំដៅដល់អ្នកដែលត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ  
ផ្តល់ការអនុញ្ញាតដើម្បីឱ្យអ្នកដែលជាកម្មវត្ថុនៃការស្រាវជ្រាវ ចូលរួមក្នុងការសិក្សា  
ស្រាវជ្រាវនេះផងដែរ ។

**ការយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ**

អ្នកកំពុងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយ ។ សូមចំណាយពេលរបស់អ្នកក្នុង  
ការធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក ហើយពិភាក្សាជាមួយក្រុមគ្រួសារ និងមិត្តភក្តិរបស់អ្នក ។

មុននឹងអ្នកយល់ព្រមចូលរួម

អ្នកស៊ើបអង្កេតត្រូវប្រាប់អ្នកនូវព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីការសិក្សាដែលរួមមាន:

- 1) គោលបំណង នីតិវិធីនានា និងរយៈពេលនៃការស្រាវជ្រាវនេះ
- 2) នីតិវិធីណាមួយដែលមានលក្ខណៈជាការពិសោធន៍
- 3) រាល់ហានិភ័យ ភាពមិនស្រួល និងផលប្រយោជន៍ដែលអាចព្យាករណ៍ទុកមុនបាន ដោយ  
សមហេតុផលទាំងឡាយនៃការស្រាវជ្រាវនេះ
- 4) នីតិវិធី ឬការព្យាបាលជាជម្រើសមានអត្ថប្រយោជន៍យ៉ាងមានសក្តានុពលទាំងឡាយ និង
- 5) របៀបដែលការរក្សាការសម្ងាត់នឹងត្រូវរក្សាទុក  
ហើយរបៀបដែលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានការពារយ៉ាង  
ទោះបីជាព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និង /  
ឬជីវិតដែលអ្នកប្រមូលបានក្នុងកំឡុងពេលសិក្សានេះនឹងត្រូវរក្សាទុក  
និងប្រើប្រាស់សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវនាពេលអនាគត។

នៅពេលអាចអនុវត្តបាន អ្នកស៊ើបអង្កេតត្រូវតែប្រាប់អ្នកផងដែរអំពី:

- 1) ការទូទាត់សំណង ឬការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានផ្តល់ជូន ប្រសិនបើ ការរងរបួសកើត  
មានឡើង
- 2) លទ្ធភាពនៃហានិភ័យដែលមិនអាចព្យាករណ៍ទុកមុនបាន
- 3) កាលៈទេសៈនានា នៅពេលអ្នកស៊ើបអង្កេតអាចបញ្ឈប់ការចូលរួមរបស់អ្នក
- 4) ថ្លៃបន្ថែមទាំងឡាយលើរូបអ្នក
- 5) អ្វីនឹងកើតឡើង ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថាលប់ចូលរួម
- 6) ពេលដែលអ្នកនឹងត្រូវបានគេប្រាប់អំពីលទ្ធផលរកឃើញថ្មីៗ ដែលអាចជះឥទ្ធិពលដល់  
ឆន្ទៈរបស់អ្នកក្នុងការចូលរួម
- 7) ចំនួនមនុស្សដែលនឹងស្ថិតក្នុងការសិក្សានេះ
- 8) ថា តើជីវិតនឹងត្រូវបានប្រើសម្រាប់ប្រាក់ចំណេញពាណិជ្ជកម្ម  
និងថា តើអ្នកអាចចែករំលែកនៅក្នុងប្រាក់ចំណេញនេះ។
- 9) ថា តើការស្រាវជ្រាវនេះនឹងរួមបញ្ចូលការបង្កើតហ្សែនទាំងមូល
- 10) ថា តើលទ្ធផលស្រាវជ្រាវដែលទាក់ទងនឹងវេជ្ជសាស្ត្រនឹងត្រូវបានត្រឡប់មកអ្នកវិញ និង
- 11) ចំពោះការសាកល្បងខាងវេជ្ជសាស្ត្រ៖ សេចក្តីពិពណ៌នាពីការពិសោធន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនេះ  
នឹងអាចរកបាននៅ [www.ClinicalTrials.gov](http://www.ClinicalTrials.gov) ដូចដែលបានតម្រូវដោយច្បាប់សហរដ្ឋ  
អាមេរិក។ គេហទំព័រនេះនឹងមិនបញ្ចូលនូវព័ត៌មានដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកនោះ  
ទេ ។ យ៉ាងច្រើនបំផុត គេហទំព័រនេះនឹងបញ្ចូលតែសេចក្តីសង្ខេបពីលទ្ធផលនានា ។ អ្នក  
អាចស្វែងរកគេហទំព័រនេះគ្រប់ពេលវេលា ។

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមចូលរួម អ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារនេះដែលបានចុះ  
ហត្ថលេខា និងច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់យល់ព្រមជាភាសាអង់គ្លេសសម្រាប់ការសិក្សានេះ ។

**ទម្រង់ខ្លីលើសេចក្តីយល់ព្រមក្នុងការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ**

មជ្ឈមណ្ឌលមហារីក Dana-Farber/Harvard (Dana-Farber/Harvard Cancer Center-DF/HCC)

BIDMC/BWH/BCH/DFCI/MGH/សាខាបណ្ណាញនានា

ជំនាន់: 01/08/16

អ្នកអាចទាក់ទង \_\_\_\_\_ នៅ \_\_\_\_\_ គ្រប់  
ពេលដែលអ្នកមានសំណួរនានាអំពីការសិក្សានេះ ឬការរងរបួសទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវ ។

អ្នកក៏អាចទាក់ទងការិយាល័យស្រាវជ្រាវផ្នែកវិទ្យាសាស្ត្រនៃវិទ្យាស្ថានមហារីកដាណាហ្វារប៊ែរ  
តាមរយៈលេខទូរសព្ទ (617) 632-3029  
ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកដូចជាប្រធានបទស្រាវជ្រាវ។

ការចូលរួមរបស់អ្នកក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះគឺធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយអ្នកនឹងមិន  
ទទួលបានការពិន័យ ឬប្រាក់បង់ផលប្រយោជន៍ទាំងឡាយនោះឡើយ ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធមិន  
ចូលរួម ឬ សម្រេចចិត្តថាឈប់ ។

ការចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះ មានន័យថាការសិក្សាស្រាវជ្រាវ រួមមានព័ត៌មានខាងលើ  
ត្រូវបានពិពណ៌នាដោយផ្ទាល់មាត់ទៅកាន់អ្នក ហើយថាអ្នកយល់ព្រមចូលរួមដោយស្ម័គ្រចិត្ត៖

**ឯកសារនៃការព្រមព្រៀង**

**ហត្ថលេខារបស់អ្នកចូលរួមដែលមានអាយុរវាង 10 និង 18 ឆ្នាំ៖** អ្នកដែលកំពុងធ្វើការសិក្សា  
ស្រាវជ្រាវនេះ បានពន្យល់ពីអ្វីដែលនឹងកើតមានចំពោះខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំចូលរួមក្នុងការសិក្សា  
ស្រាវជ្រាវនេះ។ ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមនេះ មានន័យថាខ្ញុំចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវ  
ជ្រាវនេះ។ ខ្ញុំអាចសម្រេចចិត្តមិនចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនចង់ ហើយ  
គ្មានអ្វីនឹងកើតមានចំពោះខ្ញុំឡើយ ប្រសិនបើខ្ញុំសម្រេចចិត្តមិនចង់ចូលរួមនោះ។

\_\_\_\_\_  
ហត្ថលេខាអ្នកចូលរួម កាលបរិច្ឆេទ

**ឯកសារនៃការយល់ព្រម**

\_\_\_\_\_  
ហត្ថលេខាអ្នកចូលរួម កាលបរិច្ឆេទ  
ឬ កំណាងទទួលបានសិទ្ធិស្របច្បាប់

\_\_\_\_\_  
ទំនាក់ទំនងរបស់កំណាងទទួលបានសិទ្ធិស្របច្បាប់ជាមួយអ្នកចូលរួម

\_\_\_\_\_  
ហត្ថលេខាទីតីរបស់អ្នកចូលរួម កាលបរិច្ឆេទ  
ឬ កំណាងទទួលបានសិទ្ធិស្របច្បាប់

\_\_\_\_\_  
ទំនាក់ទំនងរបស់កំណាងទទួលបានសិទ្ធិស្របច្បាប់ទីតីជាមួយអ្នកចូលរួម

\_\_\_\_\_  
ហត្ថលេខាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់/សាក្សី កាលបរិច្ឆេទ