**INSTITUTE:**

**PRINCIPAL INVESTIGATOR:**

**STUDY NUMBER:**

**STUDY TITLE:**

អ្នកត្រូវបានស្នើឱ្យចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ។ មុនពេលអ្នកយល់ព្រម អ្នក​នឹងទទួលបានសេចក្ដី​សង្ខេប​អំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវជាមុនសិន។ សេចក្ដីសង្ខេបនេះមានព័ត៌មានសំខាន់ៗដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការស្វែងយល់​អំពីមូលហេតុដែលអ្នកអាចចង់ ឬមិនចង់ចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

ការចូលរួមរបស់អ្នកនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ហើយអ្នកនឹងមិនត្រូវទទួលការពិន័យ ឬបាត់​បង់​​អត្ថប្រយោ​ជន៍​​ណាមួយឡើយប្រសិនបើអ្នកបដិសេធមិនព្រមចូលរួម ឬសម្រេចចិត្តឈប់ចូលរួមនៅក្នុង

ការ​សិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

បន្ទាប់ពីផ្ដល់សេចក្ដីសង្ខេប ក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវនឹងផ្ដល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីការសិក្សាដែល

រួមមាន៖

1. គោលបំណង នីតិវិធី និងរយៈពេលនៃការស្រាវជ្រាវ
2. នីតិវិធីដែលជាការពិសោធន៍
3. ហានិយដែលអាចដឹងមុនដោយសមហេតុផល អាការៈមិនស្រួល និងអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗនៃការស្រាវជ្រាវ
4. នីតិវិធី ឬការព្យាបាលជាជម្រើសដែលអាចផ្ដល់អត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀត និង
5. វិធីរក្សាការសម្ងាត់

ប្រសិនបើអាច ក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវត្រូវប្រាប់អ្នកអំពី៖

1. សំណង ឬការព្យាបាលវេជ្ជសាស្រ្តដែលអាចមានក្នុងករណីអ្នកមានរបួស
2. លទ្ធភាពនៃការហានិភ័យដែលមិនអាចដឹងមុន
3. កាលៈទេសៈដែលអ្នកស្រាវជ្រាវអាចបញ្ឈប់ការចូលរួមរបស់អ្នក
4. ចំណាយបន្ថែមដែលអ្នកត្រូវរ៉ាប់រង
5. ហេតុការណ៍កើតឡើងប្រសិនបើអ្នកឈប់ចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ
6. នៅពេលអ្នកទទួលបានព័ត៌មានអំពីលទ្ធផលរកឃើញថ្មីៗដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ឆន្ទៈរបស់អ្នក​នៅក្នុងការ​ចូលរួម
7. ចំនួនមនុស្សដែលនឹងចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ
8. ការប្រើប្រាស់សំណាកជីវសាស្រ្តរបស់អ្នកសម្រាប់ប្រាក់ចំណេញពាណិជ្ជកម្ម
9. អំពីករណីដែលអ្នកនឹងត្រូវប្រាប់អំពីលទ្ធផលនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវ
10. អំពីកណីដែលការស្រាវជ្រាវអាចនឹងរួមបញ្ចូលការកំណត់លំដាប់បណ្ដុំសែន និង
11. ការប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន ឬ សំណាកជីវសាស្រ្តរបស់អ្នកនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវនាពេលអនាគត
12. សម្រាប់ការសាកល្បងផ្នែកជីវសាស្រ្ត៖ សេចក្ដីពណ៌នានៃការសាកល្បងវេជ្ជសាស្រ្តនេះមាននៅលើទំព័រ​វេបសាយត៍ <https://www.clinicaltrials.gov> ទៅតាមលក្ខខណ្ឌកំណត់នៃច្បាប់របស់រដ្ឋអាមេរិក។ វេបសាយត៍​នេះមិនមានព័ត៌មានដែលបង្ហាញអំពីអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នកឡើយ។ ភាគច្រើន វេបសាយត៍​នឹងមានសេចក្ដី សង្ខេបអំពីលទ្ធផល។ អ្នកអាចបើកមើលវេបសាយត៍នេះនៅពេលណាមួយក៏បាន។

ជាងនេះទៅទៀត សេចក្ដីពណ៌នាអំពីការសាកល្បងវេជ្ជសាស្រ្តនេះអាចមាននៅលើវេបសាយត៍

[https://www.clinicaltrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov/) ស្របទៅតាមគោលនយោបាយរបស់ NIH។

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមចូលរួម អ្នកនឹងត្រូវទទួលបានឯកសារនេះដែលមានចុះហត្ថលេខា និងសេចក្ដីសង្ខេប​ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការស្រាវជ្រាវ។

អ្នកអាចទាក់ទង *(ឈ្មោះ)*តាម *(លេខទូរស័ព្ទ)*       ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការស្រាវជ្រាវ។

អ្នកអាចទាក់ទង *(ឈ្មោះ)* តាម *(លេខទូរស័ព្ទ)*       ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាម​ជាកម្មវត្ថុនៃការស្រាវជ្រាវ ឬអំពីនីតិវិធីត្រូវអនុវត្តក្នុងករណីដែលអ្នកមានរបួស។

ការចុះហត្ថលេខានៅលើឯកសារនេះមានន័យថា ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ រួមទាំងព័ត៌មានខាងលើ ត្រូវបានរៀប​រៀបរាប់ជូនអ្នកដោយផ្ទាល់មាត់ ហើយអ្នកស្ម័គ្រចិត្តចូលរួមនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវនេះ។

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ហត្ថលេខារបស់អ្នកចូលរួមការស្រាវជ្រាវ |  | ឈ្មោះអក្សរពុម្ពរបស់អ្នកចូលរួមការស្រាវជ្រាវ |  | កាលបរិច្ឆេទ |
|  |
|  |  |  |  |  |
| ហត្ថលេខារបស់សាក្សី **\*** |  | ឈ្មោះអក្សរពុម្ពរបស់សាក្សី |  | កាលបរិច្ឆេទ |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
| \_\_\_\_អ្នកបកប្រែ ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស និងភាសាចង់បានរបស់អ្នកចូលរួម ​បានសម្រប​សម្រួលរដ្ឋបាលនៃការយល់ព្រមក្រោយទទួលព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ និងបានធ្វើជាសាក្សី។ អ្នកស្រាវជ្រាវមិនអាចធ្វើជា​សាក្សីឡើយ។ |
|  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_ អ្នកបកប្រែ ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស និងភាសាចង់បានរបស់អ្នកចូលរួម ​បានសម្រប​សម្រួលរដ្ឋបាលនៃការយល់ព្រមក្រោយទទួលព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ ប៉ុន្តែមិនបានធ្វើជាសាក្សី។ ឈ្មោះ ឬលេខសម្គាល់​របស់បុគ្គលដែលផ្ដល់ជំនួយបកប្រែ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |