

មហាវិទ្យាល័យកេមប៊ុនធីតា (University of California) (បញ្ចូលឈ្មោះប្រព័ន្ធសុខភាពរបស់លោកអ្នកនៅទីនេះ)¹
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនសុខភាពរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

ចំណងជើងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ (ឬលេខ IRB ដែលបានអនុម័ត ប្រសិនបើចំណងជើងការសិក្សាអាចនាំឱ្យមានការប៉ះពាល់ដល់ឯកជនភាពរបស់អ្នកចូលរួម) ៖

ឈ្មោះអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវចម្បង ៖

អ្នកឧបត្ថម្ភវិកា/ភ្នាក់ងារផ្គត់ផ្គង់មូលនិធិ (បើមាន) ៖

A. អ្វីជាគោលបំណងនៃសំណុំបែបបទនេះ?

ច្បាប់ឯកជនភាពរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ជួយការពារចំពោះការប្រើ និងការលាតត្រដាងព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នក ។ ស្ថិតក្រោមច្បាប់ទាំងនេះ មហាវិទ្យាល័យកេមប៊ុនធីតា ឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក មិនអាចលាតត្រដាងព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ប្រើឱ្យគោលបំណងការសិក្សាស្រាវជ្រាវបានឡើយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនអនុញ្ញាតទេនោះ ។ ព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅឱ្យក្រុមអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ ដែលក្នុងនោះមានរួមបញ្ចូលនូវអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ បុគ្គលដែល ជួលដោយមហាវិទ្យាល័យ ឬដោយអ្នកឧបត្ថម្ភវិកាសម្រាប់ធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ និងបុគ្គលដែលមានសមត្ថកិច្ចមើលខុសត្រូវលើការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ។ បើលោកអ្នកសម្រេចផ្តល់ការអនុញ្ញាត និងសុខចិត្តចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ លោកអ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះ ក៏ដូចជាបែបបទផ្តល់ការយល់ព្រម ។ សំណុំបែបបទនេះ ពណ៌នាអំពីវិធីផ្សេងៗដែល **(សូមបញ្ចូលផ្នែកប្រព័ន្ធសុខភាពរបស់លោកអ្នកដែលស្ថិតក្រោមការសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅទីនេះ)**² អាចចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នកជាមួយនឹងអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ ក្រុមអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ អ្នកផ្តល់មូលនិធិឧបត្ថម្ភ និងអ្នកដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ។ ក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវ នឹងប្រើ ព្រមទាំងការពារព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នក ដូចអ្វីដែលបានពណ៌នានៅក្នុងបែបបទផ្តល់ការយល់ព្រមដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយ ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលដែលព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នកត្រូវបានលាតត្រដាងដោយ **(បញ្ចូលឈ្មោះប្រព័ន្ធសុខភាពរបស់លោកអ្នកនៅទីនេះ)**³ វានឹងមិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាពឡើយ ហើយវាអាចត្រូវបានគេយកទៅចែកចាយឱ្យអ្នកដទៃបានដឹងផងដែរ ។ បើលោកអ្នកមានចម្ងល់ សូមសួរទៅកាន់ក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវ ។

B. តើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពអ្វីខ្លះដែលត្រូវលាតត្រដាង?

បើលោកអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្លួន ហើយចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះ គឺមានន័យថា លោកអ្នកកំពុងតែអនុញ្ញាតឱ្យ ៖ _____ អាចលាតត្រដាងកំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពរបស់លោកអ្នក ។ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពមានរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានសុខភាពដែលមាននៅក្នុងកំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ កំណត់ត្រាព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលអាចឱ្យគេស្គាល់លោកអ្នក ។

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រទាំងមូល | <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ពីមន្ទីរពិសោធន៍ និងរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ | <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាព័ត៌មានពីផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ |
| <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រតាមគ្លីនិកខាងក្រៅ | <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាព័ត៌មានសុខភាពផ្ទេរ | <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាព័ត៌មានបរិយាកាស |
| <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាព័ត៌មានពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ | <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ការពារ | <input type="checkbox"/> របាយការណ៍រូបសាស្ត្រ |

¹ ប្រព័ន្ធសុខភាព ឬក្រុមការងារនីមួយៗរបស់មហាវិទ្យាល័យកេមប៊ុនធីតា (UC) អាចសម្រេចរក្សាចំណុចនេះទុកជា ឬដាក់ឈ្មោះផ្ទាល់របស់ក្រុមខ្លួន
² ឈ្មោះទីនេះត្រូវតែត្រូវគ្នាទៅនឹងឈ្មោះរបស់អង្គការដែលបានសរសេរនៅក្នុងដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព ។
³ ឈ្មោះទីនេះត្រូវតែត្រូវគ្នាទៅនឹងឈ្មោះរបស់អង្គការដែលបានសរសេរនៅក្នុងដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព ។

- របាយការណ៍ផ្សេងៗទៀតអំពីការធ្វើតេស្តសុខភាព
- ព័ត៌មានសង្ខេបអំពីការចេញពីពេទ្យ
- ប្រវត្តិ និងការពិនិត្យរាងកាយ
- ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)
- ការពិគ្រោះជម្ងឺ
- ការធ្វើតេស្តជម្ងឺផ្លូវចិត្ត

C. តើខ្ញុំត្រូវផ្តល់ការអនុញ្ញាតចំពោះការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំដែរឬទេ?

គឺត្រូវតែធ្វើ ។ ព័ត៌មានខាងក្រោមនឹងត្រូវលាតត្រដាង បើលោកអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតដាក់លាក់ ដោយការសរសេរឈ្មោះរបស់លោកអ្នកជាអក្សរកាត់ដាក់នៅខាងមុខ ។

- _____ ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ យល់ព្រមឱ្យបញ្ជាក់ព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងការញៀនថ្នាំ និងគ្រឿងស្រវឹង ការវិនិច្ឆ័យជម្ងឺ ឬការព្យាបាលជម្ងឺញៀនថ្នាំ/គ្រឿងស្រវឹង ។
- _____ ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ យល់ព្រមឱ្យបញ្ជាក់ព័ត៌មានអំពីការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍ ។
- _____ ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ យល់ព្រមឱ្យបញ្ជាក់ព័ត៌មានអំពីការធ្វើតេស្តហ្វេស ។
- _____ ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ យល់ព្រមចំពោះការបញ្ជាក់ព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជម្ងឺផ្លូវចិត្ត ។

D. តើមានលក្ខណៈ លាតត្រដាង និង/ឬ ទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ?

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពរបស់លោកអ្នក អាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយបុគ្គលទាំងនេះ សម្រាប់បម្រើឱ្យគោលបំណងដូចតទៅ ៖

1. ឱ្យក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវ សម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវដូចបានពណ៌នានៅក្នុងបែបបទផ្តល់ការយល់ព្រមដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយស្រាប់
2. ឱ្យ បុគ្គលដទៃទៀតរបស់មហាវិទ្យាល័យរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ដែលមានសមត្ថកិច្ចមើលការខុសត្រូវលើការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ
3. ឱ្យបុគ្គលដទៃដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យពួកគេធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញ នូវគុណភាព និងសុវត្ថិភាពនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ឬកម្មវិធីទាំងនេះ ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិក ដូចជា រដ្ឋបាលអាហារ និងថ្នាំ ឬការិយាល័យការពារចំពោះការសិក្សាស្រាវជ្រាវពាក់ព័ន្ធនឹងមនុស្ស អ្នកផ្តល់មូលនិធិឧបត្ថម្ភចំពោះការសិក្សាស្រាវជ្រាវ (សូមបញ្ជូលឈ្មោះអ្នកឧបត្ថម្ភទាំងនេះ) ឬតំណាងអ្នកផ្តល់មូលនិធិឧបត្ថម្ភ ដោយរួមទាំង តែក៏មិនកំណត់តែចំពោះ (សូមបញ្ជូលឈ្មោះ CRO នៅទីនេះ) ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលរបស់ប្រទេសដទៃទៀត ។

E. តើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ត្រូវយកទៅប្រើយ៉ាងដូចម្តេច?

បើលោកអ្នកយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ក្រុមអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវអាចចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក តាមវិធីដូចខាងក្រោម ៖

1. ដើម្បីធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវ
2. ចែករំលែកជាមួយនឹងអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬនៅតាមប្រទេសដទៃទៀត
3. ប្រើវាសម្រាប់កែលម្អការរៀបចំការសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅថ្ងៃអនាគត
4. ចែករំលែកជាមួយនឹងគ្រូសិក្សាស្រាវជ្រាវរបស់អ្នកផ្តល់មូលនិធិឧបត្ថម្ភ ឬ
5. សម្រាប់ដាក់ពាក្យសុំអនុញ្ញាតពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិក ឬទីភ្នាក់ងាររបស់រដ្ឋាភិបាលដទៃទៀត ដើម្បីទទួលបានការយល់ព្រមឱ្យប្រើថ្នាំ ឬផលិតផលថ្មី សម្រាប់ថែរក្សាសុខភាព ។

F. តើខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំចាំបាច់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះដែរឬទេ?

មិនចាំបាច់ទេ ។ លោកអ្នក មិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះឡើយ ។ លោកអ្នកនឹងនៅតែទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដូចដើម បើទោះបីជាលោកអ្នកមិនព្រមចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះក៏ដោយ ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ បើលោកអ្នកមិនព្រមចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះទេ លោកអ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះឡើយ ។

G. ជម្រើសចូលរួមក្នុងសកម្មភាពការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

បើការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ដែលខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ យល់ព្រមចូលរួមនេះ មានជម្រើសបន្ថែមចំពោះសកម្មភាពសិក្សាស្រាវជ្រាវរបស់ខ្លួន ដូចជាការបង្កើតសំណុំទិន្នន័យ ការទុកដាក់ជាលិកា ឬសកម្មភាពដទៃទៀត ដូចបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ នៅក្នុងដំណើរការផ្តល់ការយល់ព្រមបានជម្រាបដល់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ដឹងថា ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំអាចជ្រើសរើស ឱ្យក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវយកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំទៅប្រើក្នុងសកម្មភាព

ទាំងនោះបានឬមិនបាន ។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវយកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ទៅប្រើសម្រាប់ជម្រើសនៃសកម្មភាពបន្ថែមចំពោះការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ដូចបានពន្យល់នៅក្នុងដំណើរការផ្តល់ការយល់ព្រម ដែលបានជម្រាបដល់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។

H. តើការផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ផុតកំណត់ដែរឬទេ?

ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពលោកអ្នក ផុតកំណត់នៅពេលការសិក្សាស្រាវជ្រាវត្រូវបានបញ្ចប់ ហើយសកម្មភាពចាំបាច់ទាំងអស់សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យលើការសិក្សាស្រាវជ្រាវត្រូវបានចប់ដែរ ។

I. តើខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួនបានដែរឬទេ?

លោកអ្នកអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួន បានគ្រប់ពេលវេលាទាំងអស់ ។ លោកអ្នកអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួនបាន ដោយប្រើវិធីដូចខាងលើ ។ លោកអ្នកអាចសរសេរលិខិតមកកាន់អ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ ឬមួយលោកអ្នក អាចសុំបែបបទពីនរណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវ សម្រាប់យកមកបំពេញ ដើម្បីលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួន ។ បើលោកអ្នកលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួន លោកអ្នកនឹងលែងនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវឡើយ ។ លោកអ្នកអាចសួរនរណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវ ថាតើការលុបចោលការអនុញ្ញាត វាអាចធ្វើឱ្យមានផលប៉ះពាល់ចំពោះការព្យាបាលជម្ងឺរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ ។ បើលោកអ្នកលុបចោលការអនុញ្ញាត ព័ត៌មានសុខភាព របស់លោកអ្នក ដែលបានប្រមូល និងបានបញ្ជូនឱ្យហើយ អាចត្រូវបន្តយកទៅប្រើប្រាស់ សម្រាប់គោលបំណងដែលមានដែនកំណត់ ។ ដូចគ្នានេះដែរ ប្រសិនបើច្បាប់តម្រូវ អ្នកផ្តល់មូលនិធិធម្មត្ត និងភ្នាក់ងារអង្គការពិការភាព អាចបន្ត ប្រើប្រាស់កំណត់ត្រាព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នក ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវគុណភាព និងសុវត្ថិភាពនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ។

J. ហត្ថលេខា

អ្នកចូលរួមឱ្យធ្វើការពិសោធន៍

បើលោកអ្នកយល់ព្រមឱ្យយើងខ្ញុំប្រើ និងបញ្ចេញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពលោកអ្នក សូមសរសេរឈ្មោះរបស់លោកអ្នកឱ្យបានច្បាស់ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ។ លោកអ្នកនឹងទទួលបានសំណាកសារនេះមួយច្បាប់ ដែលមានចុះហត្ថលេខា ។

ឈ្មោះអ្នកចូលរួមឱ្យធ្វើការពិសោធន៍ (សរសេរឱ្យច្បាស់) — *មិនអាចរំលងបាន*

ហត្ថលេខាអ្នកចូលរួមឱ្យធ្វើការពិសោធន៍

កាលបរិច្ឆេទ

ឪពុកម្តាយ ឬតំណាងស្របច្បាប់

បើលោកអ្នកយល់ព្រមឱ្យប្រើ និងបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពរបស់ឈ្មោះអ្នកចូលរួមឱ្យធ្វើការពិសោធន៍ខាងលើ សូមសរសេរឈ្មោះលោកអ្នកឱ្យបានច្បាស់ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ។

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬតំណាងស្របច្បាប់ (សរសេរឱ្យច្បាស់)

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចូលរួមឱ្យធ្វើការពិសោធន៍

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់

កាលបរិច្ឆេទ

សាក្សី

បើបែបបទនេះត្រូវបានអានឱ្យអ្នកចូលរួមធ្វើពិសោធន៍ស្តាប់ ដោយសារថាអ្នកនោះមិនអាចអានបែបបទនេះបាន ត្រូវឱ្យមានសាក្សីចូលរួម ហើយសាក្សីត្រូវសរសេរឈ្មោះរបស់ខ្លួនឱ្យច្បាស់ រួចចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ៖

ឈ្មោះសាក្សី (សរសេរឱ្យច្បាស់)

ហត្ថលេខាសាក្សី

កាលបរិច្ឆេទ