การรายงาน Case Report/ Case Series เรื่อง ……………………………………………………………………………

..............................................................................................................................................................................

**ผู้**รายงาน

ชื่อ …………………………………………………………………………………………

ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน ………………………………………………………

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อได้ช่วงเวลาทำการ

ท่าน / ผู้อยู่ในความดูแลของท่านซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น………ได้รับเชิญในการให้ข้อมูลเพื่อรายงานกรณีศึกษานี้ เนื่องจาก............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

และการรายงานนี้จัดทำขึ้นเพื่อ.............................................................................................................................................................................. ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ.............................................................................................................................................

โดยจะมีผู้ให้ข้อมูลในการรายงานกรณีศึกษานี้ จำนวน..............ราย

การตีพิมพ์เผยแพร่หรือการนำเสนอข้อมูลดังกล่าวต่อวงการวิชาการซึ่งอาจอยู่ในรูปบทความทางวิชาการที่เรียกว่า “รายงานผู้ป่วย” แสดงข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของท่าน / ผู้อยู่ในความดูแลของท่านรวมถึง …………………………………………………………….. ตามที่มีบันทึกไว้ในเอกสารของโรงพยาบาล ทั้งนี้ในบทความจะไม่ระบุชื่อหรือส่วนที่ทำให้รู้ว่าเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับท่าน /ผู้อยู่ในความดูแลของท่าน ได้แก่ ที่อยู่ (ยกเว้น อำเภอ จังหวัด ประเทศ และรหัสไปรษณีย์) หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล หมายเลขประกันสังคม เลขที่เวชระเบียน หมายเลขผู้รับผลประโยชน์ตามแผนสุขภาพ หมายเลขบัญชี ใบรับรอง เลขที่ใบอนุญาต ลายนิ้วมือ ภาพถ่ายเต็มใบหน้าที่ปราศจากการปิดบัง โดยทั่วไปแล้วผู้อ่านบทความดังกล่าวจะไม่ทราบว่าเป็นข้อมูลของตัวท่าน / ผู้อยู่ในความดูแลของท่าน แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น ผู้ดูแลรักษาท่าน /ผู้อยู่ในความดูแลของท่าน ญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดท่าน/ ผู้อยู่ในความดูแลของท่าน อาจคาดเดาได้

ผู้รายงานจะคัดข้อมูลของท่าน / ผู้อยู่ในความดูแลของท่านจากเอกสารที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยจะบันทึกข้อมูลโดยวิธี ................ และเก็บไว้...................... โดยมีมาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยข้อมูลที่บันทึกไว้อย่างเต็มความสามารถ เช่น ........................................................... เพื่อรักษาความลับของท่าน /ผู้อยู่ในความดูแลของท่านไว้อย่างดีที่สุด

บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่อาจเป็นภาษาไทยและ/หรือภาษาต่างประเทศซึ่งมีผู้อ่านในวงกว้างทั่งโลก

ในการนี้ผู้รายงานจึงใคร่ขอความยินยอมจากท่านในการเข้าค้นเวชระเบียนและเอกสารทางการแพทย์ของท่าน/ ผู้อยู่ในความดูแลของท่านและนำข้อมูลของท่าน/ ผู้อยู่ในความดูแลของท่านเท่าที่จำเป็นไปจัดทำบทความและตีพิมพ์เผยแพร่ต่อไป

ท่านจะไม่ได้ประโยชน์ทางการเงินใด ๆ หากยินยอมให้ใช้ข้อมูล ท่านสามารถใช้เวลาไตร่ตรองเพื่อตัดสินใจและซักถามรายละเอียดตามที่ท่านพอใจ การปฏิเสธการให้ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการเขียนบทความตีพิมพ์เผยแพร่จะไม่ส่งผลเสียต่อการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลของท่าน /ผู้อยู่ในความดูแลของท่านโดยข้าพเจ้าหรือโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

**การยกเลิกการให้ความยินยอม**

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการนำข้อมูลไปใช้หรือ ท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าวท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ ................................................

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่าน /ผู้อยู่ในความดูแลของท่าน จะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่าน /ผู้อยู่ในความดูแลของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

แต่เมื่อบทความดังกล่าวได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่หรืออยู่ในกระบวนการตีพิมพ์แล้ว ท่านจะไม่สามารถเพิกถอนความยินยอมได้

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฎในเอกสารข้อมูลคำอธิบายนี้ ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมาย ตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้