



**C. តើខ្ញុំត្រូវផ្តល់ការអនុញ្ញាតចំពោះការប្រើប្រាស់ឯកសារព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំដែរឬទេ?**

គឺត្រូវតែធ្វើ ។ ព័ត៌មានខាងក្រោមនឹងត្រូវលាតត្រដាង បើលោកអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតឯកសារព័ត៌មាន ដោយការសរសេរឈ្មោះរបស់លោកអ្នកជាអក្សរកាត់ដាក់នៅខាងមុខ ។

- ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ យល់ព្រមឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងការញៀនថ្នាំ និងគ្រឿងស្រវឹង ការវិនិច្ឆ័យធម៌ ឬការព្យាបាលជំងឺញៀនថ្នាំ/គ្រឿងស្រវឹង ។
- ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ យល់ព្រមឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីការធ្វើតេស្តរកមេរោគ/ជម្ងឺអេដស៍ ។
- ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ យល់ព្រមឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីការធ្វើតេស្តហ្វេរូន ។
- ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ យល់ព្រមចំពោះការបញ្ចេញព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើអាត់វិទ្យុ និងការព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត ។

**D. តើខណៈពេល លាតត្រដាង និង/ឬ ទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ?**

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពរបស់លោកអ្នក អាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយបុគ្គលទាំងនេះ សម្រាប់បម្រើឱ្យគោលបំណងដូចតទៅ ៖

1. ឱ្យក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវ សម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវដូចបានពណ៌នានៅក្នុងបែបបទផ្តល់ការយល់ព្រមដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយស្រាប់
2. ឱ្យ បុគ្គលដទៃទៀតរបស់មហាវិទ្យាល័យយុវជនស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពសុខភាពស្រដៀងគ្នា ដែលមានសមត្ថកិច្ចមើលការខុសត្រូវលើការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ
3. ឱ្យបុគ្គលដទៃដែលធ្លាប់បានចូលរួមក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញ នូវគុណភាព និងសុវត្ថិភាពនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវ រដូវ ឬក្រុមទាំងនេះ ទីភ្នាក់ងារ រដ្ឋបាលសុខាភិបាល មេរោគ ដូចជារដ្ឋបាល ហា រ និងថ្នាក់ ឬការិយាល័យការពារ ចំពោះការសិក្សាស្រាវជ្រាវ រដូវពាក់ព័ន្ធនឹងមនុស្ស អ្នកផ្តល់មូលនិធិបន្តដល់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ រដូវ ឬអង្គការបុគ្គលិកសុខភាពបន្ត ឬទីភ្នាក់ងារ រដ្ឋបាល សំរេចសំរេចទៀត ។

**E. តើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ត្រូវយកទៅប្រើយ៉ាងដូចម្តេច?**

បើលោកអ្នកយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ក្រុមអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវអាចចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក តាមវិធីដូចខាងក្រោម ៖

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

**F. តើខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំចាំបាច់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះមែនទេ?**

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

**G. ជម្រើសចូលរួមក្នុងសកម្មភាពការសិក្សាស្រាវជ្រាវ**

បើការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ដែលខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ យល់ព្រមចូលរួមនេះ មានជម្រើសបន្ថែមចំពោះសកម្មភាពសិក្សាស្រាវជ្រាវរបស់ខ្លួន ដូចជាការបង្កើតសំណុំទិន្នន័យ ការទុកដាក់ជាលិកា ឬសកម្មភាពដទៃទៀត ដូចបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំ បាទ/ខាងខ្ញុំ នៅក្នុងដំណើរការផ្តល់ការយល់ព្រមបានជ្រាបដល់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ដឹងថា ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំអាចជ្រើសរើស ឱ្យក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវយកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំទៅប្រើក្នុងសកម្មភាព ទាំងនោះបានឬមិនបាន ។

ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ យល់ព្រមអនុញ្ញាត ឱ្យយកមេរោគសាស្ត្រ រដូវយកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ទៅប្រើ បើសម្រាប់ជម្រើសសកម្មភាពបន្ថែមចំពោះការសិក្សាស្រាវជ្រាវ រដូវ ដូចបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ដំណើរការផ្តល់ការយល់ព្រម ដែលបានជ្រាបដល់ខ្ញុំ បាទ/ខាងខ្ញុំ ។

**H. តើការផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំនាង ផុតកំណត់ដែរឬទេ?**

ការអនុញ្ញាត តិចតួចបញ្ជាក់ពីមានផ្ទៃក្នុង ភាពលោកអ្នក ផុតកំណត់នៅពេលការសិក្សារសា វេជ្ជវិទ្យាបានបញ្ចប់ ហើយសកម្មភាពចាំ

បាច់ទាំងអស់សម្រាប់ការតតពិនិត្យយល់ពីការសិក្សារសា វេជ្ជវិទ្យាបានចប់ដែរ ។

**I. តើខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំនាង អាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួនបានដែរឬទេ?**

លោកអ្នកអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួន បានគ្រប់ពេលវេលាទាំងអស់ ។ លោកអ្នកអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួនបាន ដោយប្រើវិធីដូចខាងលើ ។ លោកអ្នកអាចសរសេរលិខិតមកកាន់អ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ ឬមួយលោកអ្នក អាចសុំបែបបទពីនរណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវ សម្រាប់យកមកបំពេញ ដើម្បីលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួន ។ បើលោកអ្នកលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួន លោកអ្នកនឹងលែងនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវទៀតហើយ ។ លោកអ្នកអាចសួរនរណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវ ថា តើការលុបចោលការអនុញ្ញាត វាអាចធ្វើឱ្យមានផលប៉ះពាល់ចំពោះការព្យាបាលធម្មីរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ ។ បើលោកអ្នកលុបចោលការអនុញ្ញាត ព័ត៌មានសុខភាព របស់លោកអ្នក ដែលបានប្រមូល និងបានបញ្ជូនហើយ អាចត្រូវបន្តយកទៅប្រើប្រាស់ សម្រាប់គោលបំណងដែលមានដែនកំណត់ ។ ដូចគ្នានេះដែរ ប្រសិនបើច្បាប់តម្រូវ អ្នកផ្តល់មូលនិធិឧបត្ថម្ភ និងភ្នាក់ងារអង្គការសុខភាព អាចបន្ត ប្រើប្រាស់កំណត់ត្រាព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នក ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវគុណភាព និងសុវត្ថិភាពនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ។

**J. ហត្ថលេខា**

**អ្នកចូលរួមឱ្យធ្វើពិសោធន៍**

បើលោកអ្នកយល់ព្រមឱ្យយើងខ្ញុំប្រើ និងបញ្ជាក់ពីមានផ្ទៃក្នុងរបស់ខ្លួនអំពីសុខភាពលោកអ្នក សូមសរសេរឈ្មោះរបស់លោកអ្នកឱ្យបានច្បាស់ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ។ លោកអ្នកនឹងទទួលបានសំណៅឯកសារនេះមួយច្បាប់ ដែលមានចុះហត្ថលេខា ។

ឈ្មោះអ្នកចូលរួមឱ្យធ្វើពិសោធន៍ (សរសេរឱ្យច្បាស់) — *មិនអាចលែងបាន*

ហត្ថលេខាអ្នកចូលរួមឱ្យធ្វើពិសោធន៍

កាលបរិច្ឆេទ

**ឪពុកម្តាយ ឬតំណាងស្របច្បាប់**

បើលោកអ្នកយល់ព្រមឱ្យប្រើ និងបញ្ជាក់ពីមានសុខភាពរបស់ឈ្មោះអ្នកចូលរួមឱ្យធ្វើពិសោធន៍ខាងលើ សូមសរសេរឈ្មោះលោកអ្នកឱ្យបានច្បាស់ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ។

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬតំណាងស្របច្បាប់ (សរសេរឱ្យច្បាស់)

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចូលរួមឱ្យធ្វើពិសោធន៍

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់

កាលបរិច្ឆេទ

**សាក្សី**

បើបែបបទនេះត្រូវបានអានឱ្យអ្នកចូលរួមធ្វើពិសោធន៍ស្តាប់ ដោយសារថាអ្នកនោះមិនអាចអានបែបបទនេះបាន ត្រូវឱ្យមានសាក្សីចូលរួម ហើយសាក្សីត្រូវសរសេរឈ្មោះរបស់ខ្លួនឱ្យច្បាស់ រួចចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ៖

---

ឈ្មោះសាក្សី (សរសេរឱ្យច្បាស់)

---

ហត្ថលេខាសាក្សី

---

កាលបរិច្ឆេទ