

หนังสือแสดงความยินยอมการให้เก็บเลือด

เพื่อการจัดเก็บเซลล์ภายใต้ธนาคารชีวภาพบริษัท อินโนเวท ไบโอเทค จำกัด

ชื่อโครงการวิจัย ธนาคารชีวภาพสำหรับการจัดเก็บตัวอย่างชนิดเซลล์มนุษย์แบบครบวงจร บริษัทอินโนเวท ไบโอเทค จำกัด

วันที่ให้คำยินยอม - -

ข้าพเจ้ายินยอมให้เก็บเลือดสำหรับการจัดเก็บเซลล์ลงในใน โตรเจนเหลวภายใต้ธนาคารชีวภาพบริษัท อินโนเวท ไบโอเทค จำกัด โดยก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายและเข้าใจถึงวิธีการให้และโอกาสเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้เลือดจากแพทย์ผู้ให้การรักษา ดังนี้

- โอกาสเสี่ยงจากการได้รับการเจาะเลือด ได้แก่
 - ปฏิกริยาชั่วคราวและไม่รุนแรง เช่น เกิดอาการเจ็บ เลือดออก รอยจ้ำเขียวจากการเจาะเลือด อาการบวม บริเวณที่เจาะเลือด หรือหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ เป็นลม ซึ่งเป็นอาการชั่วคราว
 - ปฏิกริยาที่รุนแรงคือ
 - การติดเชื้อบริเวณที่เจาะเลือด เช่นเกิดอาการบวมแดงและอักเสบจากการได้รับการปนเปื้อนจากแบคทีเรียและเชื้อราจากอุปกรณ์หรือขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่สะอาด

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดปฏิกริยาที่รุนแรง ทางโครงการวิจัยจะจัดให้มีการรักษาพยาบาลที่ Novavida Integrative Medical Center จนกว่าผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะหายเป็นปกติ

ข้าพเจ้าได้เปิดเผยข้อมูลและประวัติของตนให้แพทย์ทราบทั้งหมดแล้ว

ข้าพเจ้าทราบว่า การให้เก็บเลือดมีความเสี่ยง อาจเกิดผลไม่พึงประสงค์ หรือ อาจมีเหตุสุดวิสัยเกิดขึ้น แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษาพยาบาลนั้น ๆ แล้ว

ข้าพเจ้าได้ใช้เวลาไตร่ตรองด้วยตนเอง ไม่ได้ถูกบังคับ ช่มชู้จากผู้ใด ทั้งได้อ่านและเข้าใจหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ รวมทั้งยอมรับความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูล และประวัติส่วนตัวของข้าพเจ้า

อนุมัติ

25 มี.ค. 2568

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

ข้าพเจ้าจะเก็บสำเนาใบยินยอมนี้ไว้ 1 ฉบับ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามใน
ใบยินยอมฉบับนี้ด้วยความเต็มใจ

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

วันที่

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลทางการแพทย์

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

วันที่

วันที่

พยาน

พยาน

หมายเหตุ:

1. หากมีอาการผิดปกติรู้สึกไม่สบายกายหรือรู้สึกมีผลกระทบต่อจิตใจของท่าน และมีข้อข้องใจที่จะสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการเก็บเลือดในครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ บริษัท อิน โนเวท ไบ โอเทค จำกัด หมายเลขโทรศัพท์ 061-118-6186 หรือ ผู้วิจัยหลัก ได้แก่ ทนพญ.ดร.พัชราภา ตระกูลลักษณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 087-592-3941 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
2. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ลงนามในเอกสารจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล
3. หนังสือแสดงความยินยอมการให้เก็บเลือดที่ผ่านการลงนามเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ให้ส่งไปยังธนาคารชีวภาพ บริษัทอิน โนเวท ไบ โอเทค จำกัด
4. การลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมการให้เก็บเลือดสำหรับการจัดเก็บเซลล์ จะทำการมอบหมายให้แพทย์เป็นผู้ที่อธิบายข้อมูลทางการแพทย์ให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ให้เข้าใจถึงวิธีการให้เก็บเลือดและ โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น จากนั้นลงนามในแบบฟอร์มดังกล่าวข้างต้นก่อนทำการเจาะเก็บเลือด

อนุมัติ

25 มี.ค. 2568

Date 2025-03-20 REV01 P.2/2