

### ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

โครงการบูรณาการ ตรวจสุขภาพและเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี กับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากเจ้าหน้าที่ถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโครงการ การดำเนินงาน อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

เจ้าหน้าที่รับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

เจ้าหน้าที่รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลของการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุน และกำกับดูแลการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ

เจ้าหน้าที่รับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการเข้าร่วมโครงการดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่

นายแพทย์นคร เปรมศรี ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักโรคบาตวิทยา

- สถานที่ติดต่อ สำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

- เบอร์โทรศัพท์ 02-5901785, 02-5901787

หรือ คุณสุปิยา จันทรมณี ตำแหน่ง นักวิชาการชำนาญการ สำนักโรคบาตวิทยา เบอร์โทรศัพท์ 081-5454986  
หรือ คุณ.....เบอร์โทรศัพท์..... (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และยินยอมด้วยความเต็มใจ

	ยินยอม	ไม่ยินยอม
ตอบแบบสอบถาม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ตรวจสารน้ำในช่องปาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เจาะเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฟังผลตรวจสารน้ำในช่องปาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ลงชื่อผู้ยินยอม ..... (ตัวบรรจง)

พยาน .....

ผู้ให้การศึกษา .....

วันที่คำยินยอม วันที่..... เดือน.....ศ.พ.....