

(ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានភ្ជាប់មកជាមួយសេចក្តីប្រកាសសិទ្ធិឯកជនរបស់
អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត និងឯកសារយល់ព្រមដែលអនុម័តដោយ IRB)

ការយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

ឈ្មោះរបស់អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត: _____ ការសិក្សា IRB លេខ:

កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ/លេខសម្គាល់របស់អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត: _____

លោកអ្នក ឬកូនរបស់លោកអ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ គឺជា
វិធីដែលក្រុមអ្នកវិទ្យាសាស្ត្រ (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក និងអ្នកជំនាញដទៃទៀត) ព្យាយាមយល់អំពីរបៀបដំណើរ
ការ និងចាប់យកចំណេះដឹងថ្មីៗ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះអាចនិយាយអំពីរបៀបដំណើរការនៃរាងកាយ
អ្វីដែលបង្កជំងឺ របៀបព្យាបាលជំងឺ ឬអ្វីដែលគេគិត និងយល់ឃើញអំពីរឿងមួយចំនួន។

មុននឹងសម្រេចចិត្តថាតើលោកអ្នក ឬកូនរបស់លោកអ្នកនឹងចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះដែរឬអត់នោះ
អ្នកស៊ើបអង្កេតត្រូវតែប្រាប់អ្នកនូវ (i) ព័ត៌មានសំខាន់ៗដែលនឹងជួយអ្នកឱ្យយល់ពីមូលហេតុដែលចូលរួម ឬ
មិនចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវនេះ (ii) គោលបំណងនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ សកម្មភាពដែលនឹងធ្វើឡើង - ទាំង
នេះគេហៅថាវិធីវិធី និងរយៈពេលនៃការស្រាវជ្រាវ (iii) នីតិវិធីណាដែលមានលក្ខណៈពិសោធន៍ (កំពុងត្រូវបាន
ធ្វើតេស្ត) (iv) ហានិភ័យ គ្មានជាសុភាពណាមួយដែលទំនងជានឹងកើតឡើង និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការ
ស្រាវជ្រាវ (v) នីតិវិធី ឬការព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលមានប្រយោជន៍ខ្លាំង និង (vi)

របៀបដែលឯកជនភាពរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរក្សា (vii) ក្នុងករណីព័ត៌មានសម្ងាត់ដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណ
ឬសំណាកដែលអាចកំណត់បាននឹងត្រូវរក្សាទុកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវនាពេលអនាគត
ឬចែករំលែកជាមួយក្រុមអ្នកស្រាវជ្រាវដទៃទៀតដោយគ្មានការយល់ព្រមចំពោះការស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀត។

បើអាច អ្នកស៊ើបអង្កេតត្រូវប្រាប់អ្នកផងដែរអំពី (i) ការទូទាត់ ឬការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលមាន
ប្រសិទ្ធភាពមានការរងរបួស ឬគ្រោះថ្នាក់កើតឡើង (ii) ករណីអាចកើតមានហានិភ័យដែលមិនដឹង (iii)
ស្ថានភាពនៅពេលអ្នកស៊ើបអង្កេតអាចបញ្ឈប់ការចូលរួមរបស់អ្នក (iv) ការចំណាយបន្ថែមណាមួយចំពោះអ្នក
(v) អ្វីដែលកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តឈប់ចូលរួម (vi) នៅពេលអ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងអំពី
លទ្ធផលរកឃើញថ្មីដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ឆន្ទៈរបស់ក្នុងការចូលរួម និង (vii) តើមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់នឹង
ចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សា (viii) ការពិតដែលសំណាកជីវៈរបស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ សម្រាប់រកប្រាក់
ចំណេញផ្នែកពាណិជ្ជកម្ម និងថាតើអ្នកនឹងមានចំណែកក្នុងប្រាក់ចំណេញផ្នែកពាណិជ្ជកម្មនោះឬអត់ (ix)
ក្នុងករណីការស្រាវជ្រាវរួមបញ្ចូលទាំងលំដាប់សេណូមទាំងមូល។

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមចូលរួម អ្នកត្រូវទទួលបាននូវច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារនេះដែលមានចុះហត្ថលេខា
និងច្បាប់ថតចម្លងនៃទម្រង់យល់ព្រមដែលត្រូវបានអនុម័ត សម្រាប់ការសិក្សានេះដែលសរសេរជា
ភាសាអង់គ្លេស។

អ្នកអាចទាក់ទង _____ នៅ _____ គ្រប់ពេលដែលអ្នកមាន
សំណួរអំពីការស្រាវជ្រាវនេះ ឬអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានរបួស។ បើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីសិទ្ធិរបស់
អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ អ្នកអាចទាក់ទងគណៈកម្មការត្រួតពិនិត្យស្ថាប័ន
តាមទូរសព្ទលេខ (323) 442-0114 តាមអ៊ីមែល hrpp@usc.edu ឬតាមសំបុត្រនៅអាសយដ្ឋានដូចខាងក្រោម៖

(ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានភ្ជាប់មកជាមួយសេចក្តីប្រកាសសិទ្ធិឯកជនរបស់
អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត និងឯកសារយល់ព្រមដែលអនុម័តដោយ IRB)

USC Institutional Review Board (IRB)
3720 South Flower Street
CUB325 / MC0702
Los Angeles, CA 90089-0702

ការចូលរួមរបស់អ្នកក្នុងការស្រាវជ្រាវនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត (តាមជម្រើសផ្ទាល់របស់អ្នក) ហើយអ្នកនឹងមិនត្រូវ
បានដាក់ទោស ឬបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ទេ ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធមិនចូលរួម ឬសម្រេចចិត្តឈប់។
ការចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះមានន័យថា ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ រួមទាំងព័ត៌មានខាងលើត្រូវបានពណ៌នា
ប្រាប់អ្នកដោយផ្ទាល់មាត់ ហើយអ្នកស្ម័គ្រចិត្តយល់ព្រមចូលរួម។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកចូលរួម

កាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលទទួលបានសិទ្ធិអនុញ្ញាតស្របច្បាប់

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះជាអក្សរធំ/ហត្ថលេខារបស់សាក្សី

កាលបរិច្ឆេទ

ការធ្វើច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់យល់ព្រមព្រៀងដែលមានចុះហត្ថលេខា៖ 1) ផ្តល់ឱ្យក្រុមគ្រួសារ 2) កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ 3) ឯកសាររបស់
អ្នកស៊ើបអង្កេត។