COMIRB#៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ចំណងជើងនៃការសិក្សា៖

# COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

# ទម្រង់ខ្លីនៃពាក្យយល់ព្រមបន្ទាប់ពីជ្រាបព័ត៌មានសព្វគ្រប់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះអានភាសាអង់គ្លេស

អ្នកកំពុងត្រូវបានគេស្នើសុំឱ្យចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយ។ ការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគឺស្ម័គ្រចិត្ត។ មុនពេលអ្នកសម្រេចចិត្ត អ្នកស៊ើបអង្កេតត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកជាមុនសិន ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យយល់ពីមូលហេតុដែលអ្នក​ប្រហែលជាចង់​ចូល​​រួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ និងមូលហេតុដែលអ្នកប្រហែលជាមិនចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។ នេះនឹងរួមមាននូវមូលហេតុដែលកំពុងធ្វើការស្រាវជ្រាវ តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងចំពោះអ្នក ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមនៅ​ក្នុងការ​សិក្សា​ស្រាវ​ជ្រាវនេះ តើផ្នែកណាខ្លះ (បើមាន) គឺជាការពិសោធន៍ ថាតើអ្នកនឹងចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះរយៈពេលយូរប៉ុន្មាន តើមាន​ហានិភ័យ និងអផាសុកភាពអ្វីខ្លះចំពោះអ្នក អត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះ ហើយតើមាននីតិវិធីជំនួស ឬវិធីព្យាបាលអ្វីខ្លះ។

សួរសំណួរអំពីអ្វីមួយដែលអ្នកមិនយល់។

អ្នកស៊ើបអង្កេតក៏នឹងប្រាប់អ្នកផងដែរអំពីថាតើអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃអ្វីអត់ ថាតើអ្នកនឹងទទួលបានព័ត៌មានថ្មីៗ​ណាមួយ​អំពីការសិក្សា​ស្រាវ​ជ្រាវ​នេះ​ដោយរបៀបណា (ជាពិសេសប្រសិនបើករណីនេះអាចប៉ះពាល់ដល់ការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកក្នុងការបន្តនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ) ថាតើអ្នកអាចឈប់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះដោយរបៀបណា ថាតើវេជ្ជបណ្ឌិតអាចដកអ្នកចេញពីការសិក្សាស្រាវ​ជ្រាវនេះ​ដោយ​របៀបណា ថាតើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ថាតើមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់​នឹងចូលរួមនៅក្នុងការ​សិក្សា​ស្រាវជ្រាវនេះ ថាតើអ្នកអាចទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដោយរបៀបណា ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធ្វើឲ្យមានរបួស​ឈឺចាប់​ដោយ​​ការសិក្សា​ស្រាវ​ជ្រាវនេះ ហើយប្រសិនបើអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវានោះ ថាតើព័ត៌មានរបស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់នាពេលអនាគត ឬចែករំលែកជាមួយអ្នកស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀតដោយរបៀបណា និងថាតើព័ត៌មានដែលកំណត់អត្តសញ្ញាណ​អ្នកនឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាសម្ងាត់​ដោយរបៀបណា។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ឬប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអ្នកត្រូវបានធ្វើឲ្យមានរបួសឈឺចាប់​ដោយការសិក្សា​ស្រាវ​ជ្រាវ​នេះ អ្នកអាចទាក់ទង

ឈ្មោះ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ទូរសព្ទ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកចូលរួមការសិក្សាស្រាវជ្រាវ សូមហៅទូរសព្ទទៅColorado Multiple Institutional Review Board តាមលេខ 303-724-1055 ឬផ្ញើអ៊ីមែលទៅ COMIRB@ucdenver.edu។

អ្នកអាចនឹងជ្រើសរើសមិនចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ឬអ្នកអាចនឹងឈប់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះនៅពេលណាក៏បានដោយអ្នកមិនបាត់បង់ឯកសិទ្ធិណាមួយដែលអ្នកមានឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ច្បាប់ចម្លងដែលមានចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទនៃទម្រង់ខ្លីនេះ ដែលសរសេរជាភាសាដែលអ្នកយល់ និងច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីសង្ខេបសរសេរជាភាសាអង់គ្លេស (ពាក្យយល់ព្រម) នៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

ការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះមានន័យថា រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានមកពីទម្រង់សង្ខេបជាភាសាអង់គ្លេស (ពាក្យយល់ព្រម) ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយផ្ទាល់មាត់ជាភាសាដែលអ្នកយល់ ដែលអ្នកបានពិភាក្សាអំពីព័ត៌មាន និងគេបានឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក ហើយថាអ្នកយល់ព្រមចូលរួមដោយស្ម័គ្រចិត្ត។

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

ហត្ថលេខារបស់អ្នកចូលរួម (ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ ប្រសិនបើយល់ព្រមដោយ IRB)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

ហត្ថលេខាសាក្សីនៃបទបង្ហាញផ្ទាល់មាត់ (ក៏អាចជាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

ហត្ថលេខារបស់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់

អ្នកចូលរួម៖ ចុះហត្ថលេខាតែទម្រង់ខ្លីនេះប៉ុណ្ណោះ

*សាក្សី៖*  ចុះហត្ថលេខាទាំងទម្រង់ខ្លីនេះ និងសេចក្តីសង្ខេបភាសាអង់គ្លេស (ឯកសារយល់ព្រម)

*អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់*  ចុះហត្ថលេខាតែទម្រង់ខ្លីនេះប៉ុណ្ណោះ

អ្នកដែលទទួលបានការយល់ព្រម៖ ចុះហត្ថលេខាតែសេចក្តីសង្ខេបជាភាសាអង់គ្លេសប៉ុណ្ណោះ (ឯកសារយល់ព្រម)