

**အင်္ဂလိပ်စကားမပြောသူများအတွက် သုတေသနဆိုင်ရာ ပုံစံအတို
သုတေသနတွင်ပါဝင်ရန် သဘောတူခွင့်ပြုချက်**

သုတေသနခေါင်းစဉ်-
သုတေသနမျိုး-

သင့်အား သုတေသနတစ်ရပ်တွင်ပါဝင်ပါဟု တောင်းဆိုနေပါသည်။
 -သင်- ဟုဆိုရာတွင် သင်၊ သင့်သားသမီး သို့မဟုတ် သင်ကင်းတို့ကောင်းကျိုးဖြစ်စေရန် ကိုယ်စားဆောင်ရွက်ပေးသော အခြားတစ်ယောက်ယောက်ကို ဆိုလိုသည်။

သင်ကသုတေသနခံယူရန် သဘောမတူမီ၊ စုံစမ်းစစ်ဆေးသူ (သုတေသီ) က သင့်အားအောက်ပါအချက်များကို အသိပေးရမည်-

1. သုတေသနပြုရသော အကြောင်းရင်း
2. သုတေသနလုပ်ငန်းစဉ်မည်မျှကြာမည်
3. သင်ပါဝင်ရမည့် လုပ်ငန်းစဉ်များ
4. စမ်းသပ်မှုအဆင့်အဖြစ်ပြုလုပ်သော လုပ်ငန်းစဉ်များ
5. ၎င်းတို့သိသမျှ ဖြစ်လာနိုင်သော အန္တရာယ် သို့မဟုတ် နာကျင်ခံစားမှု
6. သင် သို့မဟုတ် အခြားသူများအတွက် ရရှိမည့် အကျိုးကျေးဇူး
7. အခြားရွေးချယ်နိုင်သော လုပ်ငန်းစဉ်များ သို့မဟုတ် ကုသမှုများ
8. သင်နှင့်ဆိုင်သော အချက်အလက်များကို တစ်သီးတစ်သန့်ဖြစ်အောင်နှင့် လုံခြုံအောင် မည်သို့ထိန်းသိမ်းထားမည်ဟူသောအချက်

သက်ဆိုင်ပါက၊ စုံစမ်းစစ်ဆေးသူက အောက်ပါအချက်များကိုလည်း သင့်အားအသိပေးမည်-

1. သုတေသနကြောင့် သင်ထိခိုက်နာကျင်ပါက သင့်အားပေးမည့်နစ်နာကြေးများ နှင့်။ သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှုများ အစီအစဉ်
2. စုံစမ်းစစ်ဆေးသူမသိသော သင်အားထိခိုက်နိုင်သော အန္တရာယ်များ ရှိကောင်းရှိနိုင်သည်
3. သင်ကပါဝင်သေးလိုသော်လည်း သင့်အား သုတေသနမှ အချိန်မရွေးထုတ်ပယ်နိုင်သည်
4. သုတေသနတွင်ပါဝင်သည့်အတွက် သင် အပိုကုန်ကျနိုင်သောစရိတ်များအကြောင်း
5. သုတေသနတွင်ပါဝင်လိုစိတ်ကိုပြောင်းသွားစေနိုင်သော အချက်အလက်သစ်ရာအသစ်များအကြောင်း
6. သုတေသနတွင်ပါဝင်သူ မည်မျှရှိသည်

သင့်အနေနှင့် မိမိသဘောအလျောက်သုတေသနပြုခံအဖြစ် လေ့လာမှု၏တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကြောင့် ထိခိုက်မှု၊ သို့မဟုတ် မကျေနပ်မှုရှိလျှင် သို့မဟုတ် သင့်ရပိုင်ခွင့်များ အကြောင်း မေးစရာများရှိပါက မာစီကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဌာန ပြန်လည်စိစစ်ရေးဘုတ်အဖွဲ့ (Mercy Health Regional Institutional Review Board (IRB)) ဖုံး ၆၁၆-၆၈၅-၆၁၉၈ ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဤသုတေသနနှင့် မသက်ဆိုင်သော ကျွမ်းကျင်သူတစ်ဦးကို ပြောဆိုဆွေးနွေးနိုင်ပါသည်။ ဤလေ့လာမှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး သင့်ထံတွင် မေးခွန်းများရှိပါက သက်ဆိုင်ရာသုတေသီ _____ ကို _____ တွင် အချိန်မရွေး ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

ဤလေ့လာမှုတွင် ပါဝင်ခြင်းသည် သင့်သဘောအလျောက်ဖြစ်ပါသည်။ သင့်အနေနှင့် လေ့လာမှုတွင်ပါဝင်ခြင်းမှ အချိန်မရွေးနုတ်ထွက်နိုင်ပြီး၊ ယင်းအတွက် သင့်အား ဒဏ်တပ်ခြင်း၊ သင့်ခံစားခွင့်ဆုံးရှုံးခြင်းတို့ ရှိမည်မဟုတ်ပါ။

သုတေသနပြုခံသူ သို့မဟုတ် သူ၏တရားဝင်လွှဲအပ်ခံရသောကိုယ်စားလှယ်၏ ဝန်ခံချက်

ဤပုံစံတွင်လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် သင့်အား ဤသုတေသနအကြောင်း သင့်ဘာသာစကားဖြင့် နှုတ်အားဖြင့် ရှင်းပြပြီးဖြစ်ကြောင်းနှင့် သင်သည် ဤသုတေသနတွင် မိမိသဘောအလျောက်ပါဝင်ခြင်းဖြစ်ကြောင်း ဝန်ခံသဘောတူသည်။ သင်သည် သင်မေးလိုရာမေးမြန်းပိုင်ခွင့်ရရှိပြီး မေးမြန်းသမျှကိုလည်း အပြည့်အစုံဖြေဆိုမှုရရှိခဲ့သည်။

သင်သည် ဤသုတေသနတွင်ပါဝင်ရန်သဘောတူပါက၊ ဤလက်မှတ်ထိုးပြီး ပုံစံတစ်စောင်ကိုရရှိမည်ဖြစ်သည်။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့်ရေးသားသော အလားတူသဘောတူခွင့်ပြုချက်ပုံစံတစ်စောင်ကိုလည်း

သုတေသနပြုခံသူ သို့မဟုတ် သူ၏တရားဝင်လွှဲအပ်ခံရသောကိုယ်စားလှယ်၏
လက်မှတ်

နေ့

သုတေသနပြုခံသူအမည် ပုံနှိပ်စာလုံးဖြင့်

သက်သေ၏ဝန်ခံချက်

မာစီကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဌာန ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စကားပြန်၏ _____ ဘာသာဖြင့် နှုတ်ဖြင့် ပြန်ဆိုရှင်းလင်းတင်ပြချက်သည် ပြည့်စုံတိကျကြောင်း၊ အသိပေးပြီးသဘောတူညီချက်ယူရာတွင် ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်ရှိနေပါကြောင်း ကျွန်ုပ် ဝန်ခံအတည်ပြုပါသည်။

သက်သေ၏လက်မှတ်

နေ့

သက်သေအမည်

စကားပြန်သူ၏ ဝန်ခံချက်

အသိပေးပြီးသဘောတူညီချက်ယူရာတွင် တင်ပြချက်မှန်သမျှကို သုတေသနပြုခံသူ၏မူလဘာသာစကားဖြင့် ကျွန်ုပ် စကားပြန်ပေးခဲ့ပါကြောင်း ဝန်ခံအတည်ပြုပါသည်။

စကားပြန်၏လက်မှတ်

နေ့

စကားပြန် အမည် ပုံနှိပ်စာလုံးဖြင့်

*နေ့စွဲတပ်ထားသော စုံစမ်းသူနှင့်သဘောတူညီချက်ရယူသူတို့ လက်မှတ်များကို အသိပေးသဘောတူညီချက်ပုံစံ (အင်္ဂလိပ်ဘာသာမူ) တွင်ကြည့်ပါ။