

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

สิ่งที่เภสัชกรควรทำในการส่งมอบยา Warfarin

สำหรับผู้ป่วยใหม่

1. อธิบายเหตุผล ความจำเป็น และความสำคัญของการใช้ยา เช่น ยานี้เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งจะช่วยให้เลือดแข็งตัวช้าลง แพทย์จ่ายยานี้ให้กับท่านเนื่องจาก โรคที่ท่านเป็นอยู่ อาจทำให้เลือดแข็งตัวเป็นก้อนเลือด และก้อนเลือดนี้อาจจะล่องลอยไปตามกระแสเลือด และไปอุดตันเลือดในอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง อาจทำให้เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ หรือหากไปอุดตันปอดจะทำให้หายใจผิดปกติ และอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นการกินยานี้อย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันการอุดตันของเส้นเลือดเหล่านั้น
2. อธิบายร่วมกับการใช้ชีวิตเสริมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกวิธีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ยาขนาดยาในแต่ละวันแตกต่างกัน เช่น ยานี้จะได้ผลการรักษาดีก็ต่อเมื่อท่านกินยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง การขาดยาอาจเกิดอันตรายได้เนื่องจากทำให้ผลการรักษาลดลง ในขณะที่การกินยาในขนาดสูงกว่าที่แพทย์สั่งอาจทำให้เกิดเลือดออกได้ หากลืมกินยาให้ปฏิบัติดังนี้
 - ห้ามเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่าเด็ดขาด
 - กรณีลืมกินยาโดยที่ยังไม่ถึง 12 ชั่วโมง ให้รีบกินยาทันทีที่นึกได้
 - กรณีลืมกินยาเกิน 12 ชั่วโมง ให้ข้ามยามื้อนั้นไป และให้กินยาที่ถัดไปในขนาดเดิม
3. อธิบายถึงวิธีการ และความสำคัญของการติดตามผลการรักษาของยา เช่น การที่จะรู้ว่ายาให้ผลดีโดยไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงทำได้โดยการเจาะเลือดวัดการแข็งตัวของเลือด ปกติแพทย์จะนัดให้มาตรวจทุก 1-3 เดือน ท่านต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้ง หากไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดควรติดต่อแพทย์ หรือโรงพยาบาลเพื่อนัดใหม่ ในขณะที่รอพบแพทย์ให้กินยาในขนาดเดิมไปก่อน นอกจากนี้แพทย์สั่งเป็นอย่างอื่น

4. อธิบายการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น
 - มีวิธีการสำรวจตัวเองว่าเกิดอาการข้างเคียงหรือไม่ โดยให้สังเกตการเกิดเลือดออกซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในหลายส่วนของร่างกาย เช่น การมีเลือดกำเดาไหล การมีเลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระมีเลือดปน หรือมีสีดำคล้ำ มีรอยจ้ำเป็นจ้ำเลือดตามตัว โดยไม่รู้สาเหตุ มีประจำเดือนออกมากกว่าปกติ มีบาดแผล และเกิดเลือดออกเป็นปริมาณมาก และไหลไม่หยุด เป็นต้น หากพบอาการเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีอาการรุนแรงควรรีบมาพบแพทย์ทันที
 - ถ้าเกิดอุบัติเหตุ มีบาดแผล เลือดอาจหยุดไหลช้า วิธีการแก้ไขไม่ให้เลือดออกมากเกินไป ได้แก่ การกดทับที่บริเวณแผลซึ่งจะทำให้เลือดออกน้อยลง หรือในกรณีที่ไม่รุนแรง เลือดอาจหยุดไหลได้ อย่างไรก็ตามควรรีบมาโรงพยาบาลทันทีหากอาการรุนแรง
5. อธิบายเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับยา เช่น
 - ถ้าต้องไปพบแพทย์ด้วยปัญหาอื่นต้องบอกให้แพทย์ทราบว่าท่านกำลังกินยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่
 - ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องฟัน และต้องไปพบทันตแพทย์ต้องบอกให้ทันตแพทย์ทราบว่าท่านกำลังกินยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่
 - ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือสมุนไพรจำนวนมากรบกวนผลการรักษาของยาว่าฟารินได้ ดังนั้นเมื่อต้องการใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกรทุกครั้งก่อนใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้
 - อาหารบางชนิดอาจทำให้ผลของยามาเปลี่ยนแปลงไป ควรรับประทานอาหารโดยเฉพาะพืชผักใบเขียวในปริมาณที่เท่าๆ กันในแต่ละวัน
 - ไม่ควรดื่มสุรา หรือของมีแอลกอฮอล์ ร่วมกับยานี้
 - ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หรือการกระทบกระแทกรุนแรง เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออก
 - ยานี้ทำให้เกิดผลเสียต่อทารกได้ ดังนั้นจึงควรมีมาตรการในการคุมกำเนิดที่ดีในขณะที่ใช้ยานี้ ในกรณีที่ต้องการมีบุตรควรปรึกษาแพทย์เพื่อเปลี่ยน ไปใช้ยาชนิดอื่นแทน (สำหรับผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์)
 - ยานี้ผ่านออกมาทางน้ำนมได้น้อย สามารถใช้ยานี้ได้ในระหว่างให้นมบุตร (สำหรับผู้ป่วยหญิงที่ให้นมบุตร)
 - หากมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ โปรดแจ้งให้โรงพยาบาลทราบเพื่อการติดตาม และการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกที่รับประทานยาอาร์ฟารินที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่

 Pre-counseling Post-counseling

Code _____

วันที่เข้ารับการรักษา _____

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย			
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	อายุ _____ ปี		
โทรศัพท์ _____			
ระดับการศึกษา _____			
อาชีพ _____			
ประวัติทางสังคม			
<input type="checkbox"/> ดื่มสุรา	<input type="checkbox"/> สูบบุหรี่		
โรคและความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาอาร์ฟาริน _____			
ค่า INR (ค่าความแข็งตัวของเลือด)			
วันที่	ค่า INR	วันที่	ค่า INR
โรคประจำตัว _____			
ยาที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ			
ชื่อยา	ข้อบ่งใช้	ชื่อยา	ข้อบ่งใช้
ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม _____			
การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (เภสัชกรได้ทำการประเมินจากรายการยาของผู้ป่วย) _____			
การเคยได้รับความรู้เรื่องยาอาร์ฟารินของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย			
การเคยได้รับสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟาริน <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย			

ส่วนที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย

การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษา

- อาการแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตัน _____
- อาการเลือดออกผิดปกติ _____

การให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ _____

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย

ประเด็นคำถาม	คำตอบ	คะแนน
ยารักษาโรคคืออะไร และประโยชน์ของยารักษาโรค	เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือยาละลายลิ่มเลือด หรือยาที่ทำให้เลือดแข็งตัวช้าลง หรือคำตอบที่ให้ความหมายคล้ายกัน ประโยชน์คือป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดของผู้ป่วยเอง	
วิธีรับยารักษา	ตามที่แพทย์สั่ง	
ประโยชน์ของการเข้ารับการรักษา (ติดตามค่า INR)	เพื่อติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด ให้แพทย์ปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย	
อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเมื่อค่า INR (ค่าความแข็งตัวของเลือด) ต่ำกว่าเป้าหมาย	เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน โดยอาจสังเกตจากอาการชา แขนขาอ่อนแรง ลิ่มแข็ง พูดไม่ชัด วูบ หมดสติ ปวด บวม แดง ร้อนที่ขา เจ็บแสบหน้าอก หายใจไม่ออก หรือหายใจหอบเหนื่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น	
อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเมื่อค่า INR (ค่าความแข็งตัวของเลือด) สูงกว่าเป้าหมาย	เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ	
ควรปฏิบัติหากลิ่มรับยารักษา	ยังไม่เกิน 12 ชั่วโมงให้กินทันทีที่นึกได้ในขนาดเดิม เกิน 12 ชั่วโมงให้ข้ามไปกินในมื้อถัดไปในขนาดเท่าเดิม ห้ามเพิ่มขนาดยา ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ อาจมีผลต่อค่า INR	

ประเด็นคำถาม	คำตอบ	คะแนน
ข้อควรปฏิบัติเมื่อไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์	แจ้งแพทย์หรือทันตแพทย์ทราบทุกครั้งว่ากำลังใช้ยารักษาอยู่	
ข้อควรปฏิบัติในการรับประทานอาหาร	กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ควบคุมปริมาณอาหารชนิดพืชผักใบเขียวที่กินให้สม่ำเสมอ	
ข้อปฏิบัติในการใช้ยาชนิดอื่นสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	แจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทราบทุกครั้งว่ากำลังใช้ยารักษาอยู่	
กิจวัตรประจำวันที่ระมัดระวัง	ระวังกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดบาดแผล เลือดออก หากเลือดไม่หยุดไหลให้รีบมาพบแพทย์ทันที	
คะแนนรวม		
ส่วนที่ 3 ประเมินความพึงพอใจจากการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยารักษาจากเภสัชกร		
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยพึงพอใจจากการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยารักษาจากเภสัชกร <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่พึงพอใจจากการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยารักษาจากเภสัชกร ข้อเสนอแนะ <hr/> <hr/> <hr/>		

ภาคผนวก ก

หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยหรืออาสาสมัคร

ชื่อโครงการศึกษาวิจัย: ผลการให้คำแนะนำของเภสัชกรแก่ผู้ป่วยนอกที่รับประทานยาแวนาร์ฟารินที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่

The Effects of the pharmacists' outpatients counseling on warfarin at McCormick Hospital in Chiang Mai province

ผู้ทำการวิจัย: อ.ภญ.ปริชญา ตาใจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ

ท่านได้รับการเชิญให้เข้าร่วมการศึกษานี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่ใช้ยาแวนาร์ฟารินเป็นประจำ และจำเป็นต้องได้รับยาแวนาร์ฟารินไปตลอด ท่านจะได้มีโอกาสและเวลาอ่านข้อมูลข้างล่างก่อน หากท่านมีข้อข้องใจใดๆ เกี่ยวกับการศึกษานี้ และสิทธิของท่าน กรุณาซักถามจากผู้ทำการวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ นอกจากนี้ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วยฉบับนี้ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะได้รับสำเนาไปยินยอมที่ท่านเซ็นชื่อกำกับเก็บไว้ 1 ฉบับ เรา รู้สึกยินดีที่ท่านได้สละเวลา อ่านข้อมูลดังต่อไปนี้

การศึกษานี้เกี่ยวกับเรื่องอะไร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรม และให้คำแนะนำจากเภสัชกรเกี่ยวกับการใช้ยาแวนาร์ฟารินของเภสัชกร แก่ผู้ป่วยนอกที่รับประทานยาแวนาร์ฟาริน ทั้งในแง่ของผลการรักษาซึ่งจะวัดจากค่า INR (ค่าความแข็งตัวของเลือด) ความปลอดภัยในการใช้ยาแวนาร์ฟาริน ซึ่งจะประเมินจากการเกิดผลแทรกซ้อนต่างๆ ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาแวนาร์ฟาริน และรวมถึงผลของความพึงพอใจจากการได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อหวังว่าข้อมูลนี้จะมีประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้สำหรับการให้คำแนะนำปรึกษาอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยนอกที่ใช้ยาแวนาร์ฟาริน และเพื่อประโยชน์สูงสุดในการเพิ่มความตระหนักถึงการใช้อย่างถูกต้อง เพื่อเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาซึ่งอาจส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาได้

วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อศึกษาผลการให้คำแนะนำของเภสัชกรแก่ผู้ป่วยนอกที่รับประทานยารักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์หลัก

- ศึกษาผลการให้คำแนะนำในด้านประสิทธิภาพในการรักษา

วัตถุประสงค์รอง

- ศึกษาผลการให้คำแนะนำในด้านความปลอดภัย (ภาวะแทรกซ้อน และอาการข้างเคียง)
- ศึกษาผลการให้คำแนะนำในด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับยารักษาวัณโรค
- ศึกษาผลการให้คำแนะนำในด้านความพึงพอใจจากการได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ที่จะนำไปประยุกต์ใช้สำหรับการให้คำแนะนำปรึกษาอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยนอกที่ใช้ยารักษาวัณโรค
2. เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการดำเนินการเพื่อจัดตั้งคลินิก ซึ่งเป็นการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) ตามแนวทางของการพัฒนาและรับรองระบบประกันคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาล (Hospital accreditation) สำหรับโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทของเภสัชกรในการให้บริการบริหารเภสัชกรรมที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
4. เพื่อพัฒนาให้คลินิกเป็นแหล่งฝึกงานสร้างเสริมคุณภาพสำหรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ หลักสูตรบริหารเภสัชกรรม (PharmD) ตามแนวทางการพัฒนาแหล่งฝึกงานสร้างเสริมคุณภาพต้นแบบ

ท่านจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ท่านจะถูกขอร้องให้เซ็นชื่อลงในใบยินยอม จากนั้นท่านจะได้ทำการตอบแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น โดยระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะประมาณ 5 นาที หากท่านมีคำถาม ข้อสงสัย หรือไม่สะดวกที่จะตอบในบางคำถาม ท่านสามารถแจ้งแก่ผู้ทำการวิจัยได้ทันที

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้

เนื่องจากการศึกษาวิจัยนี้ ท่านเพียงตอบแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยจึงไม่มีความเสี่ยงใดๆ ต่อสุขภาพหากท่านเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ท่านจะได้ประโยชน์อะไรจากการศึกษา

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะมีประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้สำหรับการให้คำแนะนำปรึกษาอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยนอกที่ใช้ยารักษาโรค และเพื่อประโยชน์สูงสุดในการเพิ่มความตระหนักถึงการใช้อย่างถูกต้อง เพื่อเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาซึ่งอาจส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาได้

ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมวิจัย

ท่านไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายใดๆ เพิ่มเติมจากการรักษาปกติของท่าน

ค่าตอบแทน

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมการศึกษานี้

ท่านจะทำอย่างไรหากไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษานี้ หรือเปลี่ยนใจระหว่างร่วมศึกษานี้

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมการศึกษานี้หากท่านไม่สมัครใจ หลังจากท่านตัดสินใจจะเข้าร่วมการศึกษแล้ว ท่านสามารถจะถอนตัวได้ตลอดเวลา การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลต่อการรักษาในอนาคต หรือการดูแลอื่นใดหากท่านไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษา

ใครจะรู้บ้างว่าท่านเข้าร่วมการศึกษานี้

เภสัชกรประจำคลินิกวารุ์ฟาริน ซึ่งเป็นผู้แนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาของท่าน ควรจะได้รับทราบว่าคุณตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษานี้ โดยข้อมูลของท่านจะถูกบันทึกไว้ระหว่างการศึกษ เช่นเดียวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแฟ้มเวชระเบียนของโรงพยาบาล คลินิก หรือข้อมูลอื่นๆ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับตลอดเวลา คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและผู้ทำวิจัย สามารถที่จะขอตรวจสอบข้อมูลเหล่านี้ได้ โดยข้อมูลเหล่านี้จะยังเก็บรักษาไว้เป็นเรื่องลับเฉพาะ

การปกป้องรักษาข้อมูล: ข้อมูลใดบ้างที่จะถูกเก็บรวบรวมไว้จากการศึกษานี้

ข้อมูลส่วนตัวที่ท่านไม่ต้องการเปิดเผยจะถูกเก็บรวบรวมไว้และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยทางการแพทย์ เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา โดยผู้ทำวิจัยจะเป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนตัวท่านภายใต้กฎหมายคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคล และจะทำทุกวิถีทางเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกปกป้องไว้

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษานี้ท่านสามารถติดต่อใครได้บ้าง

หากท่านมีคำถามหรือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยนี้ หรือสงสัยว่าท่านกำลังได้รับบาดเจ็บจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ กรุณาติดต่อ อ.ชญ.ปรีชญู ตาใจ โทรศัพท์ 08-5038-6500

หากท่านรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไร้จริยธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

สำนักงานจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ เบอร์โทร 053-945055
ต่อ 360

ภาคผนวก ง

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent form)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว _____

อาศัยอยู่ _____

แสดงเจตนายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลการให้คำแนะนำของเภสัชกรแก่ผู้ป่วยนอก
ที่รับประทานยาแอสไพรินที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่

โดย อ.ภญ.ปรีชญา ตาใจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ

ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ตามรายละเอียดเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ที่แนบมา

ผู้วิจัยยินดีที่จะตอบข้อสงสัย คำถามใดๆ ที่ข้าพเจ้าอาจมีตลอดระยะเวลาในการเข้าร่วม
การศึกษาครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ ไม่มีัดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บ
ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลการวิจัย
เท่านั้น และหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาล
อย่างดีที่สุด

ข้าพเจ้ายินยอมด้วยความสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และข้าพเจ้าสามารถที่จะ
จะถอนตัวออกจากกรวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลตาม
สิทธิที่ข้าพเจ้าควรจะได้รับ หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยหรือคำถามใดๆเกี่ยวกับการศึกษานี้ หรือ
ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติมสามารถติดต่อ อ.ภญ.ปรีชญา ตาใจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย
พายัพ โทรศัพท์ 085-0386500

ถ้าหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิในฐานะเป็นอาสาสมัครของโครงการ สามารถติดต่อได้
ที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053-945055-8

ลงนาม _____ ผู้ยินยอม

ลงนาม _____ ผู้วิจัย

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____