****

**เอกสารหมายเลข 7**

**เอกสารขออนุญาตใช้เวชระเบียน/สิ่งส่งตรวจเพื่อการวิจัย**

**ที่ : ………………………… วันที่..................................................**

**เรียน :** ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.................................................................................................................................

**สิ่งที่ส่งมาด้วย :** แบบเก็บข้อมูล (Case Record Form, version ……………..…..dated…….…………….)

ข้าพเจ้า.................................... ................................................หน่วยงาน ...................................................................

มีความประสงค์จะทำโครงการวิจัยเรื่อง…………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………...……………………

โครงการนี้เป็นโครงการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรค........................................................................

ระหว่าง...................................................... ถึง .................................................... คาดว่าจะมีจำนวนกลุ่มประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประมาณ........................ ราย เป็นการศึกษาแบบ Retrospective study จากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยข้อมูลดังกล่าวจะขอเก็บไว้ที่ ...................................................................................................................................จนกว่าโครงการวิจัยจะสิ้นสุด

***ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าจะเก็บรักษาความลับของข้อมูลดังกล่าวตามหลักเกณฑ์การวิจัยในคนของประเทศไทยและสากลอย่างเคร่งครัด จึงขอให้ท่านโปรดพิจารณาอนุญาตให้ใช้ข้อมูลเวชระเบียน/สิ่งส่งตรวจ จะเป็นพระคุณยิ่ง***

เมื่อข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่แล้ว จะแนบสำเนาเอกสารรับรอง (Certificate of Approval ; COA) มาด้วย เพื่อขอค้นข้อมูลที่หน่วยงานเวชระเบียนหรือขอใช้สิ่งส่งตรวจต่อไป

 ลงชื่อ .........................................................

 (................………………………………….)

 หัวหน้าโครงการวิจัย วันที่ .........................................................

อนุญาตให้ใช้ข้อมูลเวชระเบียน เมื่อได้รับเอกสารรับรอง (COA) แล้ว

(......................................................................)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล...................................

วันที่ ................................................................