

แบบฟอร์มขอใช้ข้อมูลอาสาสมัครเพื่อการวิจัย
โครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
หน่วยงาน.....

คณะ.....มหาวิทยาลัย.....จังหวัด.....

โทร.....E-mail.....

มีความประสงค์จะขอใช้ข้อมูลแบบสัมภาษณ์และข้อมูลทางคลินิกเพื่อใช้ในการทำวิจัย เรื่อง

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะนำข้อมูลแบบสัมภาษณ์และข้อมูลทางคลินิกที่ได้มาใช้ในการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้
ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้

() สำเนาโครงการวิจัย

() สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม หรือ หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ (ถ้ามี)

ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการใช้ (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ และเพิ่มข้อความในข้อมูลที่ต้องการใช้)

☐ ต.ดอนช้าง ☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

☐ ต.โคกสำราญ ☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

☐ อ.อุบลรัตน์ ☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

และอ.น้ำพอง

1. ข้อมูลอาสาสมัครที่ต้องการใช้ (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ และเพิ่มข้อความในข้อมูลที่ต้องการใช้)

☐ CKD ☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

☐ non-CKD ☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

☐ ระยะที่ 1 eGFR ≥ 90 จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

☐ ระยะที่ 2 eGFR 60-89 จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

☐ ระยะที่ 3a eGFR 45-59 จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

☐ ระยะที่ 3b eGFR 30-44 จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

☐ ระยะที่ 4 eGFR 15-29 จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

☐ ระยะที่ 5 eGFR < 15 จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

2. ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ที่ต้องการใช้ (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อมูลที่ต้องการใช้)

☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน โปรดระบุ

- ☐ เพศ
- ☐ อายุ
- ☐ อาชีพ
- ☐ การศึกษา
- ☐ รายได้

ส่วนที่ 2 อาการและอาการแสดง

☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน โปรดระบุ

- ☐ การปัสสาวะ
- ☐ อาการเจ็บป่วยอื่นๆ หรือความรู้สึกไม่สบาย
- ☐ ประวัติการเจ็บป่วย
- ☐ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

ส่วนที่ 3 : การใช้ยาเสริมและยา

☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน โปรดระบุ

- ☐ ยารักษาโรคประจำตัว(เบาหวาน ความดัน ไขมัน)
- ☐ ยาแก้ปวด แก้อักเสบ(ยาปฏิชีวนะ) ยาละลายลิ่มเลือด ยาลดระดับกรดยูริก ยาโรคหัวใจ อื่นๆ
- ☐ ยาฆ่าพยาธิ
- ☐ ยาสมุนไพร
- ☐ อาหารเสริม
- ☐ ยาชุด
- ☐ การรักษาแพทย์ทางเลือก
- ☐ การใช้ยาปราบศัตรูพืช

ส่วนที่ 4 : พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการกิน

☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน โปรดระบุ

- ☐ การออกกำลังกาย
- ☐ การสูบบุหรี่
- ☐ การดื่มแอลกอฮอล์
- ☐ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง
- ☐ อาหารที่รับประทานต่อวัน
- ☐ สมาชิกทานอาหารร่วมกันในครอบครัว
- ☐ เครื่องปรุงอาหารที่ใช้ในครอบครัว
- ☐ การดื่มน้ำ

3. ข้อมูลทางคลินิกที่ขอใช้ (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อมูลที่ต้องการใช้)

☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน จำนวน.....ราย เพศชาย.....ราย เพศหญิง.....ราย

ส่วนที่ 1 ผลแลป CBC

☐ ทั้งหมด

ส่วนที่ 2 ผลแลป UA

☐ ทั้งหมด

ส่วนที่ 3 ผลแลป Blood Chemistry

☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน โปรดระบุ

- ☐ Glucose
- ☐ Creatinine
- ☐ eGFR
- ☐ Uric Acid
- ☐ LDL-Cholesterol
- ☐ ALT

ส่วนที่ 4 ผลแลป Urine Chemistry

☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน โปรดระบุ

- ☐ Creatinine (mg/dL)
- ☐ Microalbumin (mg/dL)
- ☐ ACR (mg/g)

ส่วนที่ 5 ผลตรวจอัลตราซาวด์

☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน โปรดระบุ

☐ Kidney

☐ Liver

4. ข้อมูลที่ต้องการนอกเหนือจากนี้ กรุณาระบุ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ กรณีทราบ CKDNET CODE โปรดระบุ

ลำดับ	CKDNET CODE

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าโครงการวิจัย

ลำดับ	CKDNET CODE

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

สำหรับเจ้าหน้าที่

ผลการพิจารณา

() อนุมัติ

() ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการพิจารณาการใช้ตัวอย่างเลือดและปัสสาวะในโครงการวิจัย (Biobank)

วันที่.....