

ภาคผนวก

ขอเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยศึกษาผลของยาต่อความเข้มข้นของนมบีบมารดาในบุตรแรก
เกิดน้ำหนักน้อยมาก

เรียน คุณแม่

นํานมมารดามีประโยชน์ในแง่สารอาหารที่ครบถ้วน บุตรมักมีสุขภาพที่แข็งแรง ช่วยต่อต้านการติดเชื้อให้แก่บุตร ป้องกันโรคอ้วนและภาวะภูมิแพ้ รวมทั้งลดรายจ่ายไปกับค่านมผสมที่มีราคาแพง จากเหตุผลดังกล่าวนมมารดาจึงมีความจำเป็นมากสำหรับเลี้ยงบุตรด้วยประโยชน์ในแง่ต่างๆ

บุตรของท่านจึงจำเป็นต้องได้รับนมมารดา แต่นมมารดาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอกับความ ต้องการของบุตรของท่านซึ่งน้ำหนักแรกเกิดน้อยมาก ประกอบกับสารอาหารที่สะสมในร่างกายน้อย และ อัตราการเจริญเติบโตจะค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับบุตรที่อายุครรภ์ครบกำหนด จึงมีความต้องการสารอาหาร บางตัวเพิ่มเติม เช่น ยาเข้าเหล็กและยาวิตามินบีารุง การเติมยาดังกล่าวอาจจะเพิ่มความเข้มข้นของนํานม การศึกษาในครั้งนี้จึงต้องอาศัยนํานมของท่านและสารอาหารในกระเพาะอาหารหลังให้นมผสมนม จากบุตรของท่าน และนํานมของท่านจะไม่นำมาให้กับบุตรแรกเกิดบุคคลใดเลย แต่จะนำมาใช้กับบุตรของ ท่านเพียงผู้เดียวเท่านั้น และการศึกษาจะไม่ทำให้เกิดผลเสียหรือความเสียหายแก่บุตรของท่าน

อนึ่ง ไม่ว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ ท่านและบุตรยังคงได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐาน เดียวกันกับผู้ป่วยท่านอื่น และท่านมีคำถามใดๆก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการโปรดซักถามได้อย่าง เต็มที่ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ทำวิจัย 01-5382500

ขอขอบคุณอย่างสูง

นายแพทย์อนุชา ชาติรีมนตรีชัย

แบบฟอร์ม
ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ชื่อโครงการ ค่าออกสโมลาติดีของสารในกระเพาะอาหารในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากที่ได้รับน้ำนมบีบ
• มารดาผสมสารต่างๆ

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง) _____ นามสกุล _____

เกี่ยวข้องกับ _____

ยินยอมรับการศึกษาดังวิธีที่นายแพทย์อนุชา ธาตรีมนตรีชัย ได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบ
(ดังใบเชิญให้เข้าโครงการวิจัยที่แนบมานี้)

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษา ข้าพเจ้ามีสิทธิซักถามแพทย์ได้ในระหว่าง
การศึกษา หากกระทำและการชี้แจงของแพทย์ผู้รักษายังไม่เป็นที่เข้าใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิแจ้งประธาน
อนุกรรมการจริยธรรม (คนปกติ คณะแพทยศาสตร์ โทร.212902 ต่อ 1100) หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
สงขลานครินทร์ (โทร.212070 ต่อ 1010) ได้ และหากข้าพเจ้าไม่พอใจในการศึกษา ข้าพเจ้ามีสิทธิปฏิเสธ
การศึกษาวินิจฉัยได้ทันที โดยไม่เสียสิทธิในการรับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาทั้งหมดตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว ข้าพเจ้า
ยินดีร่วมการศึกษาดังกล่าว

(ลายเซ็นของบิดา/มารดาของผู้ป่วย)

(วัน/เดือน/ปี)

(ลายเซ็นแพทย์)

(วัน/เดือน/ปี)

(ลายเซ็นพยาน)

(วัน/เดือน/ปี)

แบบฟอร์มการเก็บข้อมูล

ชื่อโครงการ : ค่าออสโมลาลิตีของสารในกระเพาะอาหารในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากที่ได้รับน้ำนมบีบ
มารดาผสมสารต่างๆ (Postprandial Osmolality of the Gastric Content in Very Low-
Birth-Weight Infants Fed Expressed Breast Milk with Additives)

ID _____

1. ข้อมูลมารดา

อายุ _____ ปี _____

อายุครรภ์ _____ สัปดาห์ _____

วัน/เดือน/ปี ที่คลอด _____ / _____ / _____

วัน/เดือน/ปี ที่เก็บนม _____ / _____ / _____

2. ข้อมูลทารก

เพศ 1. ชาย 2. หญิง _____

น้ำหนักแรกเกิด _____ กรัม _____

น้ำหนักทารกปัจจุบัน _____ กรัม _____

อายุหลังคลอด _____ วัน _____

ปริมาณนม _____ ml/มื้อ _____

3. ข้อมูลด้าน osmolality ณ อุณหภูมิห้อง

ยา 1. FeSO₄ 2. Vit E 3. MTV _____

ค่า osmolality นม _____ mOsm/kg _____

ค่า osmolality นมผสมกับยาทันที _____ mOsm/kg _____

ค่า gastric osmolality นมผสมกับยา 0 นาที _____ mOsm/kg _____

ค่า gastric osmolality นมผสมกับยา 30 นาที _____ mOsm/kg _____

ค่า gastric osmolality นมผสมกับยา 45 นาที _____ mOsm/kg _____

ค่า gastric osmolality นมผสมกับยา 60 นาที _____ mOsm/kg _____

งบประมาณ

หมวดค่าตอบแทน

- ค่าส่งตรวจแล็บ (50 บาท/ครั้ง)	12,000 บาท
- ค่าจ้างผู้เชี่ยวชาญเหมาจ่าย	4,500 บาท
- ค่าจ้างทำ Data management และ Analysis	1,000 บาท

หมวดค่าวัสดุสำนักงาน

- ค่าจ้างพิมพ์รายงาน	1,000 บาท
- ค่าเช่าปกเย็บเล่มวิทยานิพนธ์	1,000 บาท
- ค่าถ่ายเอกสารเพื่อค้นคว้าวิจัย	500 บาท
รวมเงิน	20,000 บาท