

**Mekong Health Science Research Institute Khon Kaen University**

**โครงการคลังตัวอย่างชีวภาพ คณะแพทยศาสตร์**

**และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพลุ่มน้ำโขง มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

**แบบฟอร์มเสนอโครงการเพื่อขอทุนดำเนินการเก็บตัวอย่างชีวภาพด้านโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**

**สำหรับเจ้าหน้าที่สถาบันฯ**

**วันที่........./....../........... ที่รับเรื่อง**

**เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง..................................**

1. **ชื่อหัวหน้าโครงการ/ สังกัด/เบอร์โทร/ e-mail**

 **ชื่อหัวหน้าโครงการ**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**สังกัด**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………….

**เบอร์โทร** ……………………………………………………… **Email**……………………………………………………………………………………………………….

1. **ชื่อผู้ร่วมโครงการ (ถ้ามี)** …………………………………………………………………………………………………………………………………..………………..

 **สังกัด**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………….

 **เบอร์โทร** ……………………………………………………… **Email**…………………………………………………………………………………………….…………

1. **ชื่อโครงการ**

**(ภาษาไทย)**...........................................................................................................................................................................……….……….

**(ภาษาอังกฤษ)**....................................................................................................................................................................……….…………

1. **วัตถุประสงค์ในการเก็บตัวอย่างชีวภาพด้าน COVID-19 (หากต้องเก็บตัวอย่างฯ มากกว่า 1 โครงการฯ กรุณาแยกโครงการฯ)**

..............................................................................................................................................................................................……….………..

1. **ชนิดตัวอย่างชีวภาพที่ต้องการเก็บ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)**

**□** Nasopharyngeal swab **□** Plasma **□** Serum

**□** Blood **□** DNA **□** RNA

**□** Protein **□** อื่น ๆ โปรดระบุ............................................................................……….………

1. **แหล่งที่มาของตัวอย่างชีวภาพ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)**

**□ เป็น left over specimen □ ใช่ □ ไม่ใช่**

**□** ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยติดเชื้อหรือกำลังติดเชื้อ COVID-19

ระบุแหล่งตัวอย่างฯ ที่ได้มา ...................................................................................................................................

 ระบุ ชนิดตัวอย่าง ......................................................................................จำนวน................................................

**□** บุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความเสี่ยง เพราะเคยทำงานใกล้ชิด หรือสัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19

 จากรพ. ............................................................................................จังหวัด...........................................................

 ระบุ ชนิดตัวอย่าง ...........................................................................จำนวน...........................................................

**□** บุคลากรทางการแพทย์ ที่อาจมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ COVID-19 จากการให้การรักษาพยาบาล

 จากรพ. ...........................................................................................จังหวัด............................................................

 ระบุ ชนิดตัวอย่าง ..........................................................................จำนวน............................................................

**□** บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านหรือเคยมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19

ระบุ ชนิดตัวอย่าง ..........................................................................จำนวน...........................................................

**□** บุคคลทั่วไป ไม่เคยอาศัยอยู่ร่วมบ้าน หรือมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 (ให้ขอใช้บริการการรับฝากตามปกติ ไม่สนับสนุนงบประมาณ **ยกเว้น**มี Research proposal ยื่นขอรับการรับรองด้านจริยธรรมในมนุษย์เพื่อทำการวิจัยด้าน COVID-19)

ระบุ ชนิดตัวอย่าง ..........................................................................จำนวน...........................................................

**□** อื่น ๆ โปรดระบุ................................................................................................................................................................

1. **กระบวนการ/วิธีการในการเก็บตัวอย่างชีวภาพด้าน COVID-19 (เขียนให้เข้าใจ ประกอบการของบประมาณ และการประเมินความเป็นไปได้)**

........................................................................................................................................................................ ........................................................................................................................................................................ ....................................................................................................................................................................................................................

1. **กรณีเป็นตัวอย่างชีวภาพจากผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ให้บอกวิธีการทำให้เชื้อหมดสภาพการติดเชื้อมาอย่างละเอียด**

 .......................................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................................

1. **กรณีต้องการการสนับสนุนน้ำยาฆ่าเชื้อ COVID-19 เพื่อคงสภาพ genetic material จาก สวข. (ระบุ)**

ชื่อน้ำยาฆ่าเชื้อ.............................................................................จำหน่ายโดยบริษัท.................................................................................

ระบุ ปริมาตร ต่อหลอด ...........................................จำนวนหลอด..........................................................................................................

1. **ระยะเวลาในการฝากตัวอย่างชีวภาพด้าน COVID-19 ไว้ที่คลังตัวอย่างชีวภาพฯ**

เริ่มฝากวัน/เดือน/ปี...........................................................จนถึงวัน/เดือน/ปี..................................................................

1. **จำนวนตัวอย่างชีวภาพด้าน COVID-19 ที่ต้องการเก็บ**

 ชนิด ที่ 1 คือ...................................................................................... จำนวน .............................ตัวอย่าง

 ชนิด ที่ 2 คือ...................................................................................... จำนวน .............................ตัวอย่าง

 ชนิด ที่ 3 คือ...................................................................................... จำนวน .............................ตัวอย่าง

1. **งบประมาณที่ขอรับการสนับสนุน (กรุณาระบุรายการค่าใช้จ่าย และจำนวนเงิน, ไม่สนับสนุนเงินเดือนผู้ช่วยนักวิจัย)**

....................................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................................

ขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้ากระทำการอันก่อให้เกิดความเสียหาย โดยเฉพาะการแพร่เชื้อโรค Covid-19 ข้าพเจ้ายินยอมที่จะรับผิดชอบและชดใช้ความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

**เงื่อนไขเพิ่มเติม:** นักวิจัย 1 ท่าน สามารถขอรับทุนได้มากกว่า 1 โครงการ

**หมายเหตุ:** การขอนำตัวอย่างชีวภาพด้าน COVID-19 ไปใช้ดำเนินการวิจัย ให้เป็นไปตามเกณฑ์และข้อกำหนดของคลังตัวอย่างชีวภาพ ตามประกาศมข. ฉบับที่ 451/2561 และตามเกณฑ์และข้อกำหนดของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

(ลงชื่อ)...............................................ผู้สมัครขอรับทุน

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

วันที่........เดือน.....................พ.ศ............

**ความเห็นรักษาการผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพลุ่มน้ำโขง**

** เห็นชอบ**

** เห็นชอบ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม........................................................................................................................................**

** ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...............................................................................................................................................................**

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

(……………………..………………………………)

 รักษาการผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพลุ่มน้ำโขง

 วันที่........เดือน.....................พ.ศ.......................