

**Institutional Review Board  
Translator's Declaration**

**IRB#:**

**PI:**

To the Institutional Review Board:

I, Sangya Mohanly declare that the linguist is fluent in and understands the English language and the Burmese language. To the best of my knowledge and belief, the attached translation(s) are true, accurate and correct.

Attached are (1) the original documents (In English) and (2) the Burmese- translated version(s).

Other than my role as a translator, I have no other involvement with the above-referenced research proposal.

Translator's Name (Print): Sangya Mohanly

Address: BNSPL, SDF-LC7/A, SEZ-Phase II

Phone No.: ( ) - - Fax No.: ( ) - -

E-mail: Pm@braahman.net

Sangya Mohanly  
P.C. Braahman

30/6/2017

Signature

Date

**Institutional Review Board  
Consent to Participate in Research**

**Principal Investigator:**  
**Study Title:**  
**Institution/Hospital:**

**Version Date:**

**စာဖြင့်ရေးသားထားသည့် အကြောင်းကြားပြီးဖြစ်ကြောင်း သဘောတူညီချက် စာရွက်စာတမ်း**

**ဤစာရွက်စာတမ်းကို အကြောင်းအရာအား နားလည်စေနိုင်မည့် ဘာသာစကားဖြင့် ရေးသားရမည်ဖြစ်ပြီး နှုတ်ဖြင့် ပြောပြသည့် အချက်အလက်များအား စာဖြင့်ရေးသား မှတ်တမ်းတင်ထားသည့် အနှစ်ချုပ်နှင့်အတူ ပူးတွဲထားရှိရမည်။**

သုတေသန လေ့လာမှုတွင် ပါဝင်ဆောင်ရွက်ပေးရန် သင့်အား တောင်းဆိုထားပါသည်။

ပါဝင်ရန် သဘောမတူမီ သုတေသနလေ့လာရေး ဆရာဝန်က သင့်အား အောက်ပါအချက်များကို ပြောပြရမည်-

- (i) လေ့လာမှု ပြုလုပ်ရသည့် အကြောင်းပြချက်၊ လုပ်ဆောင်မည့်အရာများနှင့် ထိုသုတေသန လေ့လာမှုတွင် သင် ပါဝင်ရမည့် အချိန်ကာလ၊
- (ii) စစ်ဆေးမှုများနှင့် စမ်းသပ်စစ်ဆေးဆဲဖြစ်သော ပြုစုကုသမှုများ၊
- (iii) သင့်အနေဖြင့် ရရှိလာနိုင်သည့် အန္တရာယ်များ (သို့) ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများ၊ သုတေသနလေ့လာမှုကြောင့် ရရှိလာနိုင်သည့် အကျိုးကျေးဇူးများ၊
- (iv) သုတေသနလေ့လာမှုတွင် မပါဝင်ရန် သင် ဆုံးဖြတ်လိုက်လျှင် သင့်အနေဖြင့် လက်ခံ ရရှိနိုင်သည့် အခြား ပြုစုကုသမှုများနှင့်
- (v) သုတေသန လေ့လာမှုမှတ်တမ်းများကို သိမ်းဆည်းထားမည့် နည်းလမ်းနှင့် ၎င်းတို့အား ကြည့်ရှုခွင့်ရှိသူများ။

အောက်ပါ အခြေအနေတစ်ရပ်ရပ် အကျုံးဝင်လျှင် လေ့လာရေးဆရာဝန်သည် အောက်ပါတို့အကြောင်းကို သင့်အား ပြောပြရမည်-

- (i) သုတေသနပြု လေ့လာမှုကြောင့် သင့်အား ထိခိုက်ဒဏ်ရာ ဖြစ်စေပါက ရရှိမည့် ငွေပေးချေမှု၊
- (ii) ကြိုတင်မသိရှိနိုင်သည့် အခြား ဖြစ်လာနိုင်သည့် အန္တရာယ်များ၊
- (iii) သုတေသနပြု လေ့လာရေးဆရာဝန်မှ သင့်အား လေ့လာမှုတွင် မပါဝင်ခိုင်းတော့ခြင်း၏ အကြောင်းပြချက်များ၊
- (iv) လေ့လာမှုတွင် သင်ပါဝင်သည့်အခါ ဖြစ်ပေါ်မည့် ကုန်ကျစရိတ်များ၊
- (v) သုတေသန လေ့လာမှုတွင် မပါဝင်တော့ရန် သင် ဆုံးဖြတ်လိုက်လျှင် ဖြစ်ပွားမည့်အရာများ၊
- (vi) လေ့လာမှုတွင် ဆက်လက်ပါဝင်လိုခြင်းရှိမရှိ သင့်စိတ်ခံစားချက်ကို ထိခိုက်စေမည့် ရှာဖွေတွေ့ရှိချက်အသစ်များအကြောင်း သင့်အား ပြောပြမည့်အချိန်နှင့်
- (vii) သုတေသန လေ့လာမှုတွင် ပါဝင်မည့် လူအရေအတွက်။

**Institutional Review Board  
Consent to Participate in Research**

**Principal Investigator:**

**Version Date:**

**Study Title:**

**Institution/Hospital:**

သုတေသန လေ့လာမှုတွင် ပါဝင်ရန် သင်သဘောတူလျှင် လေ့လာရေးဆရာဝန်က ဤသုတေသနလေ့လာမှုအကြောင်း ရေးသားထားသော အနှစ်ချုပ်နှင့်အတူ ၎င်းကို လက်မှတ်ထိုးပြီးနောက် ဤဖောင်ပုံစံမိတ္တူကို သင့်အား ပေးအပ်ရမည်။

ဤသုတေသနလေ့လာမှုနှင့် ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းတစ်စုံတစ်ရာရှိပါက သို့မဟုတ် ၎င်းကြောင့်နာကျင်ခဲ့ရသည်ဟု ခံစားရပါက အား တွင် လွတ်လပ်စွာဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

သဘောတူညီချက် (သို့) ဤလေ့လာရေးတွင် ပါဝင်သည့်အတွက် သင့်ရပိုင်ခွင့်များအကြောင်း ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များကို သိရှိလိုလျှင် အဖွဲ့အစည်းဆိုင်ရာ ပြန်သုံးသပ်ရေးဘုတ်အဖွဲ့ (Institutional Review Board Office) ရုံး၏ ဖုန်းနံပါတ် (615) 322-2918 (သို့) ဖုန်းခေါ်ခ အခမဲ့ဖြစ်သော ဖုန်းနံပါတ် (866) 224-8273 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

ဤသုတေသန လေ့လာရေးတွင် မပါမဖြစ် ပါဝင်ရမည် မဟုတ်ပါ။ ဤသုတေသန လေ့လာရေးတွင် မပါဝင်ရန် သင် ရွေးချယ်နိုင်ပြီး သင်၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု၊ ဝန်ဆောင်မှုများ (သို့) အခြားရပိုင်ခွင့်များကို မပြောင်းလဲဘဲ အခြားပြုစုကုသမှုများကို ရယူနိုင်သည်။ ဤသုတေသန လေ့လာမှုတွင် ပါဝင်ခြင်းကို အချိန်မရွေး ရပ်တန့်နိုင်သည်။

**Institutional Review Board  
Consent to Participate in Research**

**Principal Investigator:**

**Version Date:**

**Study Title:**

**Institution/Hospital:**

ဤသုတေသန လေ့လာမှုတွင် ပါဝင်ရန် သဘောတူသူ၏ ရှင်းလင်းချက်  
ဤသုတေသန ဖုလလာမှုအကြောင်း ကျွန်ုပ်အား နှုတ်ဖြင့် ရှင်းပြပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ မေးခွန်းအားလုံးကို  
ဖြေဆိုပြီးဖြစ်ကာ ဤလေ့လာမှုတွင် ပါဝင်ရန် ကျွန်ုပ်က မိမိသဘောဆန္ဒအလျောက် လွတ်လပ်စွာ ရွေးချယ်ပါသည်။

\_\_\_\_\_  
ပါဝင်သူ၏ လက်မှတ်

Signature of Participant

\_\_\_\_\_  
ရက်စွဲ။ ။ Date

\_\_\_\_\_  
မျက်မြင်သက်သေ၏ လက်မှတ်

Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
ရက်စွဲ။ ။ Date

\_\_\_\_\_  
ဘာသာပြန်သူ၏ (ရှိပါက)

Signature of Interpreter (if applicable)

\_\_\_\_\_  
ရက်စွဲ။ ။ Date

**Institutional Review Board  
Consent to Participate in Research**

**Principal Investigator:**  
**Study Title:**  
**Institution/Hospital:**

**Version Date:**

**SHORT FORM WRITTEN INFORMED CONSENT DOCUMENT**

***This document must be written in a language understandable to the subject and should be attached to a written summary of the information that is presented orally.***

You are being asked to take part in a research study.

Before you agree, the study doctor must tell you about:

- (i) the reason for doing the study, the things that will be done and how long you will be in the study;
- (ii) any tests or treatments that are experimental;
- (iii) any risks or side effects you can expect, and good effects that might come from the study;
- (iv) other treatments you could get if you decide not to be in the study; and
- (v) how the study records will be kept and who can see them.

When any of the following things apply, the study doctor must also tell you about:

- (i) payment in case you are injured because of the research study;
- (ii) the possibility of other risks that are not known;
- (iii) reasons why the study doctor may take you out of the study;
- (iv) costs to you if you take part in the study;
- (v) what will happen if you decide to stop being in the study;
- (vi) when you will be told about new findings which may affect how you feel about staying in the study; and
- (vii) how many people will be in the study.

*[Insert if your study is using an investigational drug, device or biologic, otherwise please delete]* A description of this clinical trial will be available on [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov), as required by U.S. Law. This Web site will not include information that can identify you. At most, the Web site will include a summary of the results. You can search this Web site at any time.

If you agree to be in the study, the study doctor must give you a copy of this form after it is signed along with a written summary of the study.

If you have any questions about this research study or if you feel you have been hurt because of this study, please feel free to contact **(INSERT NAME OF CONTACT)** at **(CONTACT'S PHONE NUMBER)**.

**[IF THE STUDY INCLUDES A FACULTY ADVISOR, INSERT THE FOLLOWING:** You can also contact my Faculty Advisor, **(INSERT NAME OF FACULTY ADVISOR)** at **(INSERT FACULTY ADVISOR'S NUMBER)**].

**[IF THE STUDY DOCTOR HAS A PAGER, INSERT THE FOLLOWING:** If you cannot reach the research staff, please page the study doctor at **(INSERT INVESTIGATOR'S PAGER NUMBER)**].

For additional information about giving consent or your rights as a participant in this study, contact the Institutional Review Board Office at (615) 322-2918 or toll free at (866) 224-8273.

**Institutional Review Board  
Consent to Participate in Research**

**Principal Investigator:**  
**Study Title:**  
**Institution/Hospital:**

**Version Date:**

You do not have to be in this research study. You may choose not to be in this study and get other treatments without changing your healthcare, services or other rights. You can stop being in this study at any time.

**STATEMENT BY PERSON AGREEING TO BE IN THIS STUDY**

**The research study has been explained to me verbally. All my questions have been answered, and I freely and voluntarily choose to take part in this study.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Participant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Translator (if applicable)

\_\_\_\_\_  
Date