



ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการอณูพันธุศาสตร์

ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช อาคารศูนย์วิจัยการแพทย์ศิริราช (SiMR) ชั้น 4

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 02-419-2727, 2736 โทรสาร 02-418-3565

C.ID: _____ Lab Code: _____

SD1: _____ Date/Time: _____

SD2: _____ Date/Time: _____

ข้อมูลผู้ป่วย		เหตุผลในการส่งตรวจ		ข้อมูลแพทย์ผู้ส่งตรวจ	
HN..... AN.....	ชื่อ-สกุล..... อายุ.....	<input type="checkbox"/> Diagnostic testing	<input type="checkbox"/> Carrier testing	วัน-เวลา ที่ส่งตรวจ.....	ชื่อ-สกุล.....
OPD..... WARD..... โทร.....	(ติดสติ๊กเกอร์)	<input type="checkbox"/> Prenatal diagnosis ²	<input type="checkbox"/> Pharmacogenetic testing	รหัส..... Email.....	ภาควิชา..... รพ.....
ว.ด.ป.เกิด..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เชื้อชาติ.....	โรงพยาบาล..... โทร.....	<input type="checkbox"/> Targeted-Variant Testing	<input type="checkbox"/> DNA/RNA banking	โทร.....	
ที่อยู่ (สำหรับจัดส่งผลตรวจ).....		<input type="checkbox"/> Predictive/ Presymptomatic testing		สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	
การวินิจฉัยโรค.....		<input type="checkbox"/> Research		จำนวนตัวอย่าง..... หลอด/ชิ้น ปริมาตร..... มล. สภาพตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	(สติ๊กเกอร์หมายเลขตรวจ)
		ทุกครั้งที่ส่งตรวจต้องแนบหลักฐานที่ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามยินยอมในหนังสือแสดงเจตนาให้กับสิ่งส่งตรวจสำหรับการส่งตรวจทางพันธุกรรม (F-SI-70-1-002-00)		ผู้รับตัวอย่าง..... วันที่รับ..... เวลา.....	
				กรณีปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ: เหตุผล.....	

ประวัติครอบครัว	พงศาวลี (Pedigree) *หากเนื้อหาไม่พอให้เพิ่มใบแนบได้ <<	ข้อมูลตัวอย่างตรวจ <<
เคยมีสมาชิกในครอบครัวส่งตรวจ DNA มาก่อนหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคยตรวจแล้ว ชื่อ-สกุล.....		<input type="checkbox"/> EDTA Blood (or ACD Blood)
วันที่ตรวจ..... สถานที่ตรวจ.....		<input type="checkbox"/> Buccal cells <input type="checkbox"/> Tissues
ผู้ป่วยรายนี้เป็น <input type="checkbox"/> Index Case		<input type="checkbox"/> Amniotic fluid (AF) <input type="checkbox"/> Chorionic villi (CVS)
<input type="checkbox"/> ญาติ (สถานะ.....)		<input type="checkbox"/> Paraffin block <input type="checkbox"/> Paraffin sections
(index case ชื่อ.....)		<input type="checkbox"/> DNA (..... ng/μL , Total..... μg)
สมาชิกครอบครัวที่ส่งตัวอย่างร่วมกับผู้ป่วยในครั้งนี้(ถ้ามี)		<input type="checkbox"/> Other.....
		ผู้เก็บตัวอย่างตรวจ..... โทร.....
		วันที่เก็บตัวอย่าง..... เวลา.....

ลำดับที่	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ชื่อ-สกุล	ว.ด.ป. เกิด	อายุ	HN	สภาวะโรค

ประเภทโลหิตผู้ป่วย ข้าราชการ/เบิกจ่ายตรง
 บัตรทอง* ประกันสังคม* อื่นๆ.....
 *กรุณาดำเนินการเรื่องสิทธิการรักษาให้เรียบร้อยก่อนส่งตรวจ

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน (ประทับตรา)

Molecular Genetic Testing (DNA Analysis)

1 Neurological Disorders (18) Price 4	4 Pharmacogenetic Testing (5) Price 6	6 Hematological Disorders (11) Price
332003 <input type="checkbox"/> Adrenoleukodystrophy, ALD (X-linked) 332010 <input type="checkbox"/> CMT1A and HNPP (PMP-22) 332016 <input type="checkbox"/> DMRV (GNE)_Mutation 332018 <input type="checkbox"/> Duchenne/Becker (DMD/BMD)_Linkage ³ 332019 <input type="checkbox"/> Duchenne/Becker (DMD/BMD)_MLPA 332021 <input type="checkbox"/> Dysferlinopathy (Dysferlin) 332027 <input type="checkbox"/> Fragile X Syndrome (FMR1)_MS-PCR 332040 <input type="checkbox"/> Huntington (HD)_Expansion 332042 <input type="checkbox"/> Kennedy disease_Expansion 332047 <input type="checkbox"/> MLD, Metachromatic Leukodystrophy 332048 <input type="checkbox"/> NCL1, Neuronal Ceroid Lipofuscinoses 332049 <input type="checkbox"/> NCL2, Neuronal Ceroid Lipofuscinoses 332050 <input type="checkbox"/> Nemanine Myopathy (ACTA1) 332051 <input type="checkbox"/> OPMD_Repeat Expansion 332063 <input type="checkbox"/> Primary Torsion Dystonia (PTD) 332065 <input type="checkbox"/> SCA Type 1, 2, 3_Expansion 332073 <input type="checkbox"/> Spinal Muscular Atrophy (SMA) 332081 <input type="checkbox"/> Wilson disease_Mutation	332093 <input type="checkbox"/> HLA-B*15:02 (for Carbamazepine) 332094 <input type="checkbox"/> HLA-B*58:01 (for Allopurinol) 332012 <input type="checkbox"/> CYP2C9_Genotyping (for Warfarin dosing) 332096 <input type="checkbox"/> VKORC1_Genotyping (for Warfarin dosing) 332095 <input type="checkbox"/> CYP2C19_Genotyping	332022 <input type="checkbox"/> Factor XI Deficiency (F11) 332023 <input type="checkbox"/> Factor XII /Hageman Deficiency (F12) 332032 <input type="checkbox"/> Hemochromatosis (HFE) 332033 <input type="checkbox"/> Hemophilia A (F8)_Linkage ³ 332034 <input type="checkbox"/> Hemophilia A (F8)_Mutation 332036 <input type="checkbox"/> Hemophilia A (F8)_Int2 Inversion 332035 <input type="checkbox"/> Hemophilia B (F9)_Mutation 332046 <input type="checkbox"/> Methemoglobinemia (CYB5R3) 332075 <input type="checkbox"/> Thrombophilia_FII 20210G>A 332076 <input type="checkbox"/> Thrombophilia_FV Leiden 332077 <input type="checkbox"/> MTHFR 677C>T_Genotyping
2 Mitochondrial Diseases (3)	5 Others (21)	7 Custom Diagnostics (13)
332083 <input type="checkbox"/> KSS/CPEO 332084 <input type="checkbox"/> LHON 332085 <input type="checkbox"/> MELAS, MERRF, NARP	332002 <input type="checkbox"/> ADPKD (PKD1)_Linkage ³ 332004 <input type="checkbox"/> AIS, Androgen Insensitivity 332005 <input type="checkbox"/> Aniridia (PAX6)_Mutation 332006 <input type="checkbox"/> ApoE Polymorphism_Genotyping 332009 <input type="checkbox"/> CADASIL (NOTCH3)_Mutation 332011 <input type="checkbox"/> Crigler-Najjar (UGT1A1) 332013 <input type="checkbox"/> Deafness (CX26/GJB2)_Mutation 332014 <input type="checkbox"/> Dentinogenesis Imperfecta (DSPP) 332025 <input type="checkbox"/> FGFR2_Mutation 332026 <input type="checkbox"/> FGFR3_Mutation 332028 <input type="checkbox"/> GPCS, Greig Cephalopolysyndactyly 332029 <input type="checkbox"/> GFS, Goldmann-Favre Syndrome 332030 <input type="checkbox"/> GNAS_Mutation Analysis 332031 <input type="checkbox"/> GRA /FH-1 (Aldosteronism) 332041 <input type="checkbox"/> Hyperuricemia (HPR1) 332044 <input type="checkbox"/> Marfan (FBN1)_Mutation 332052 <input type="checkbox"/> Pancreatitis (PRSS1) 332053 <input type="checkbox"/> Pancreatitis (SPINK1) 332062 <input type="checkbox"/> PKD1_Mutation 332074 <input type="checkbox"/> SRY-Sex determination 332082 <input type="checkbox"/> XLRS, Juvenile Retinoschisis,	332017 <input type="checkbox"/> DNA Extraction 332054 <input type="checkbox"/> PCR 1 Fragment 332056 <input type="checkbox"/> PCR 3 Fragments 332057 <input type="checkbox"/> PCR 5 Fragments 332058 <input type="checkbox"/> PCR 10 Fragments 332059 <input type="checkbox"/> PCR 15 Fragments 332060 <input type="checkbox"/> PCR 30 Fragments 332066 <input type="checkbox"/> Sequencing-with Dye 1 Rxn 332069 <input type="checkbox"/> Sequencing-with Dye 5 Rxn 332070 <input type="checkbox"/> Sequencing-with Dye 10 Rxn 332101 <input type="checkbox"/> Sequencing-with Dye 30 Rxn 332064 <input type="checkbox"/> Real Time PCR - Others 332080 <input type="checkbox"/> Whole gene sequencing-Others (Single gene sequencing)
3 Hereditary Cancers (7)		<input type="checkbox"/> Other (Please specify) ติดต่อสอบถามห้องปฏิบัติการก่อนระบุ
332008 <input type="checkbox"/> Breast Cancer (BRCA1, BRCA2)_Mutation 332024 <input type="checkbox"/> FAP (APC)_Mutation 332037 <input type="checkbox"/> HNPCC/Lynch syndrome (MLH1, MSH2)_Mutation 332039 <input type="checkbox"/> MSI Analysis-Tissue ¹ 332045 <input type="checkbox"/> MEN2 (RET)_Mutation 332079 <input type="checkbox"/> von Hippel-Lindau (VHL)_Mutation 332007 <input type="checkbox"/> Birt-Hogg-Dube,BHD (FLCN)_Mutation	332025 <input type="checkbox"/> FGFR2_Mutation 332026 <input type="checkbox"/> FGFR3_Mutation 332028 <input type="checkbox"/> GPCS, Greig Cephalopolysyndactyly 332029 <input type="checkbox"/> GFS, Goldmann-Favre Syndrome 332030 <input type="checkbox"/> GNAS_Mutation Analysis 332031 <input type="checkbox"/> GRA /FH-1 (Aldosteronism) 332041 <input type="checkbox"/> Hyperuricemia (HPR1) 332044 <input type="checkbox"/> Marfan (FBN1)_Mutation 332052 <input type="checkbox"/> Pancreatitis (PRSS1) 332053 <input type="checkbox"/> Pancreatitis (SPINK1) 332062 <input type="checkbox"/> PKD1_Mutation 332074 <input type="checkbox"/> SRY-Sex determination 332082 <input type="checkbox"/> XLRS, Juvenile Retinoschisis,	332017 <input type="checkbox"/> DNA Extraction 332054 <input type="checkbox"/> PCR 1 Fragment 332056 <input type="checkbox"/> PCR 3 Fragments 332057 <input type="checkbox"/> PCR 5 Fragments 332058 <input type="checkbox"/> PCR 10 Fragments 332059 <input type="checkbox"/> PCR 15 Fragments 332060 <input type="checkbox"/> PCR 30 Fragments 332066 <input type="checkbox"/> Sequencing-with Dye 1 Rxn 332069 <input type="checkbox"/> Sequencing-with Dye 5 Rxn 332070 <input type="checkbox"/> Sequencing-with Dye 10 Rxn 332101 <input type="checkbox"/> Sequencing-with Dye 30 Rxn 332064 <input type="checkbox"/> Real Time PCR - Others 332080 <input type="checkbox"/> Whole gene sequencing-Others (Single gene sequencing)



ใบแสดงเจตนายินยอมให้เก็บตัวอย่างเพื่อการตรวจทางเวชพันธุศาสตร์

ห้องปฏิบัติการอนุพันธุศาสตร์ ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี อนุญาตให้

นายแพทย์/แพทย์หญิง.....เก็บตัวอย่างตรวจ คือ.....จากข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยทางพันธุศาสตร์เกี่ยวกับโรคหรือกลุ่มอาการ.....ที่ข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกครอบครัวได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรคดังกล่าว ดังนี้

- วัตถุประสงค์ของการตรวจ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของยีนที่เป็นสาเหตุของโรค และ/หรือค้นคว้าหาความรู้ใหม่ทางพันธุศาสตร์ที่เกี่ยวกับโรค หรือกลุ่มอาการที่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัย ตลอดจนเพื่อการเลือกให้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัย
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคหรือความเสี่ยงต่อโรค การเป็นพาหะถ่ายทอดโรค รวมถึงความเสี่ยงต่อการแท้งบางชนิดหรือการตอบสนองต่อยาที่แตกต่างกันไป เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การยืนยันการวินิจฉัยโรค หรือการเป็นพาหะถ่ายทอดโรค ตลอดจนการเลือกให้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัย แพทย์สามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ศึกษาวิจัยเพื่อค้นคว้าหาสาเหตุหรือกลไกการเกิดโรครวมทั้งวิธีบำบัดรักษาต่อไป
- การตรวจดังกล่าวจะกระทำโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าต่อบุคคลอื่น ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาหรือการศึกษาวินิจฉัย เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้าก่อน
- การเก็บตัวอย่างตรวจนี้กระทำได้โดยการเจาะเลือดดำ (หรือโดยวิธีอื่นคือ.....) ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงคือ ความเจ็บปวด เลือดซึม หรือการติดเชื้อ ซึ่งเกิดได้น้อยมาก และถ้าหากเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้ทำหัตถการหรือแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์คนอื่นที่ได้รับมอบหมาย
- เมื่อตรวจเสร็จแล้วข้าพเจ้าอนุญาตให้แพทย์
 - เก็บรักษาสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าไว้ในระยะยาว และสามารถนำไปตรวจหรือทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมตามที่แพทย์เห็นควร หรือใช้เป็นตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบสำหรับการตรวจอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่ข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัย โดยไม่ระบุที่มาของสิ่งส่งตรวจจนทำให้ติดตามแหล่งที่มาได้ และไม่ต้องรายงานผลให้ข้าพเจ้าทราบ
 - เก็บรักษาสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าไว้ในระยะยาว และสามารถนำไปตรวจหรือทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมตามที่แพทย์เห็นควร หรือใช้เป็นตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบสำหรับการตรวจอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่ข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัย โดยไม่ระบุที่มาของสิ่งส่งตรวจจนทำให้ติดตามแหล่งที่มาได้ และรายงานผลให้ข้าพเจ้าทราบ
 - ทำลายสารพันธุกรรมของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้นำไปตรวจหรือทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม
- ถ้าหากมีผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะเลือก รับทราบผล หรือ ไม่รับทราบ ก็ได้
 ในกรณีที่ข้าพเจ้าเลือกไม่รับทราบ ข้าพเจ้า อนุญาต หรือ ไม่อนุญาต ให้สมาชิกครอบครัวหรือบุคคลที่ข้าพเจ้ามอบหมาย รับทราบผลการตรวจของข้าพเจ้าโดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ
- ข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้าจะถูกเก็บไว้ในระบบที่มีการป้องกันการสูญหายหรือการเสียหายของข้อมูล ป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต และเก็บรักษาไว้ให้อยู่ในสภาพที่ตรวจสอบได้ ไม่น้อยกว่า 5 ปีนับแต่วันที่จัดทำ ระยะเวลาจัดเก็บข้อมูลคือเก็บไว้ในระยะยาวไม่มีกำหนด จนกว่าข้าพเจ้าจะขอยกเลิกการเก็บข้อมูลเมื่อใดก็ได้ โดยข้าพเจ้าสามารถแสดงความจำนงให้บุคคลที่ระบุไว้หรือทายาทโดยธรรมนำข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้าไปใช้ได้
- การตรวจสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าและสมาชิกครอบครัวข้าพเจ้า มีโอกาสที่จะพบว่าสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้าบางคน ไม่มีความเกี่ยวข้องทางสายญาติกับข้าพเจ้าหรือครอบครัวของข้าพเจ้า ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ไม่อยู่ภายใต้ข้อบังคับให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลในเอกสารให้ความยินยอมนี้ และได้มีโอกาสซักถามแพทย์จนเข้าใจ ข้าพเจ้าจึงลงนามไว้ข้างท้ายนี้เพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ <<
() หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (ระบุความเกี่ยวข้อง)

ลงชื่อ.....แพทย์หรือพยาบาล ผู้ขอความยินยอม <<
()

หมายเหตุ: หนังสือแสดงความยินยอมนี้ทำไว้ 2 ฉบับ

โดยให้เก็บไว้ที่ผู้ให้บริการ/ห้องปฏิบัติการอนุพันธุศาสตร์ 1 ฉบับ และให้เก็บไว้ที่ผู้รับบริการ/ผู้รับการตรวจ 1 ฉบับ