

CLINICAL REQUISITION FORM (TH)

คลินิกเทคนิคการแพทย์เอซีจีโนมิคส์

เลขที่ 4, 4/5 ชั้น 1503 โซน B, ชั้น 1509 อาคารเซ็นทรัลทาวเวอร์ ชั้น 15 ถนนราชดำริห์ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10330 โทร 021054670



All * fields must be filled

PATIENT INFORMATION		ORDERING PHYSICIAN INFORMATION	
* ชื่อ-นามสกุล (FULL NAME): _____ * เลขประจำตัวประชาชน (NATIONAL ID/PASSPORT NO.): _____ สัญชาติ (ETHNICITY): _____ * เพศ (GENDER): ☐ Male ☐ Female * วัน/เดือน/ปีเกิด (DATE OF BIRTH): _____ * อายุ (Age): _____ * เบอร์ติดต่อ (CONTACT NO.) (for payment): _____ * เบอร์ติดต่อกรณีฉุกเฉิน (CONTACT NO.) (for EMERGENCY): _____		* โรงพยาบาล/คลินิก (REFERRAL SITE): _____ * เลขประจำตัวผู้ป่วย (CLINIC ID): _____ * แพทย์ (PHYSICIAN NAME): _____ เบอร์ติดต่อ (CONTACT NO.): _____ * อีเมล (EMAIL ADDRESS) (for reporting use): _____ แฟกซ์ (FAX): _____	
DIAGNOSIS AND PATIENT HISTORY			
* 1a. DIAGNOSIS OF PRIMARY TUMOUR (MUST CHOOSE ONE) ☐ Breast Carcinoma ER ☐ +ve ☐ -ve PR ☐ +ve ☐ -ve HER2 ☐ +ve ☐ -ve ☐ Colorectal Carcinoma ☐ Ovarian Carcinoma ☐ Lung Cancer Subtype (if any): ☐ Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) ☐ Adenocarcinoma ☐ Large Cell Carcinoma ☐ Squamous Cell Carcinoma ☐ Small Cell Lung Cancer Please check smoking status ☐ Never/Light smoker ☐ Heavy smoker (>15 pack-years) ☐ Thyroid Cancer Subtype (if any): ☐ Anaplastic ☐ Papillary ☐ Medullary ☐ Other, _____		☐ Brain Cancer Subtype (if any): ☐ Low-grade glioma ☐ High-grade glioma ☐ Diffuse midline glioma ☐ Glioblastoma Multiforme (GBM) ☐ Other, _____ ☐ Carcinoma of Unknown Primary (CUP) ☐ Other, please specify: _____ * 1b. TRANSPLANT INFORMATION (MUST CHOOSE ONE) ☐ Yes ☐ No 2. STAGE OF DISEASE ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Other: _____ 3. RECEIVED TREATMENT BY LINE ☐ _____ L treatment, receive _____	
* TESTING NAME		DESCRIPTION	TAT (working day)
☐ ACTOnco® +	DNA+RNA NGS testing: 440 gene mutations, 13 fusion genes, TMB and MSI	8	* SPECIMEN INFORMATION (PLEASE PROVIDE COPY OF PATHOLOGY REPORT) FFPE SPECIMEN SUBMITTING INSTITUTION: Same as the ordering institution? ☐ Yes ☐ No, please specify: _____ SPECIMEN ID: _____ SPECIMEN SITE (e.g. Right chest wall nodule): _____ * COLLECTION DATE (MM/DD/YY): _____ a. ☐ FFPE block(s) ☐ FFPE slide(s) ☐ FFPE curl(s) b. Number of specimens: ☐ _____ block(s) ☐ _____ curl(s) ☐ _____ slides(s) ☐ _____ H&E slide(s) * ESTIMATED TUMOUR CONTENT¹: ☐ 20% ☐ 30% ☐ 50% ☐ 80% ☐ Other: _____ % ¹ Lowest value in the range would be used if a range of tumour content is provided SPECIMEN RETURN REQUIREMENT: ☐ Yes ☐ No LIQUID SPECIMEN SUBMITTING INSTITUTION: Same as the ordering institution? ☐ Yes ☐ No, please specify: _____ SPECIMEN ID: _____ SPECIMEN TYPE: _____ (apply for all, except ACTBRCA® [Blood] & ACTRisk® only) ☐ Whole Blood 10mL x 2 in Streck tube ☐ Whole Blood 4-8mL x 1 in EDTA tube (ACTBRCA® [Blood] & ACTRisk® only) ☐ Pleural Fluid 10mL x 2 in Streck tube (ACTEGFR™ only) ☐ Cerebrospinal fluid 4-8mL x 1 in Streck tube (ACTCerebra™ only) * COLLECTION DATE (MM/DD/YY): _____ COLLECTION TIME: _____
☐ ACTDrug® +	DNA+RNA NGS testing: 101 druggable genes, 29 fusion genes and MSI	7	
☐ ACTDrug® Breast	DNA+RNA NGS testing: 16 druggable genes, 11 fusion genes and MSI	6	
☐ ACTDrug® GI	DNA+RNA NGS testing: 20 druggable genes, 11 fusion genes and MSI	6	
☐ ACTLung™	DNA+RNA NGS testing: 16 lung cancer related genes plus 15 fusion genes	6	
☐ PD-L1	IHC 22C3 testing: for PD-L1 (FDA-approved IHC 22C3 pharmDx)	7-10	
☐ MSI Phenotype Assay™	PCR testing for MSI Biomarkers: BAT-25, BAT-26, MONO-27, NR-21, NR-24	10	
☐ ACTNone™	PCR testing: ALK, ROS1, RET, NTRK1/2/3, MET, EGFR, KRAS, BRAF, ERBB2	3-4	
☐ ACTEGFR™ [Tissue]	PCR testing: Exon 18 G719A/S/C, Exon 19 del, Exon 21 L858R, Exon 21 L861Q, Exon 20 T790M, Exon 20 S768I, Exon 20 insertions	2-3	
☐ ACTHRD™	NGS testing: BRCA1/2 and 22 gene mutations, BRCA1 & 2 LGR, LOH score and HRD status	10	
☐ ACTBRCA® [Tissue]	NGS testing: Tissue BRCA1 & 2 mutations with LGR	10	
☐ ACTMonitor® +	NGS testing: 50 gene mutations	10	
☐ ACTMonitor® Colon	NGS testing: AKT1, BRAF, CDKN2A, CTNNB1, EGFR, FBXW7, IDH1/2, KRAS, NRAS, PIK3CA, SMAD4, TP53	10	
☐ ACTMonitor® Lung	NGS testing: ALK, BRAF, CDKN2A, CTNNB1, EGFR, ERBB2, KRAS, MET, PIK3CA, TP53, U2AF1	10	
☐ ACTMonitor® Breast	NGS testing: AKT1, CCND1, CDH1, ERBB2, ESR1, FGFR1, GATA3, PIK3CA, PTEN, TP53	10	
☐ ACTBRCA® [Blood]	NGS testing: Germline BRCA1/2 mutations with LGR	10	
☐ ACTCerebra™	NGS testing: 40 druggable genes for all major solid tumors with brain metastases	8	
☐ ACTLiquid™ Pro	NGS testing: 523 gene mutations, 23 fusion genes with TMB and MSI	8	
☐ ACTEGFR™ [Blood]	PCR testing: Exon 18 G719A/S/C, Exon 19 del, Exon 21 L858R, Exon 21 L861Q, Exon 20 T790M, Exon 20 S768I, Exon 20 insertions	2-3	
☐ ACTRisk®	NGS testing: 67 hereditary cancer related gene mutations with LGR	12	
Additional document provided to ACT GENOMICS: ☐ Molecular report for FISH/IHC ☐ Copy of pathology reports ☐ Others: _____			
* Physician's Declaration: ☐ I declare that the above information provided are accurate. ☐ I declare that the specimen does not contain pathogens or infectious agents such as hepatitis B, hepatitis C, HIV-1 or HIV-2.			
* ORDERING PHYSICIAN'S SIGNATURE: _____		* PATHOLOGY LABORATORY CHOP/SIGNATURE: _____	
* SIGNATURE DATE (MM/DD/YY): _____		* SIGNATURE DATE (MM/DD/YY): _____	
FOR INTERNAL USE ONLY Specimen Arrival Date: _____ Specimen Registration Date: _____ Specimen Registration Time: _____ Registered By: _____ Billing: _____			

* Note: The TAT begins when specimens arrive at Laboratory and not include logistic time (additional 2-3 days) and meets the necessary requirement, excluding Taiwan and Thailand Public holidays.

FM-QP-SM-016-04/13-03-2026

clinical/requisition form/version_4

AG4-QP1503-46 (7)

ACT Genomics (Thailand) Limited

No.4/4/5, Unit 1503, Unit 1509 Central Tower, 15th Floor, Ratchadamri Road, Pathumwan, Bangkok, Thailand, 10330

T: (66) 2105 4670

F: (66) 2103 2261

Before you choose to have your specimen(s)/clinical samples for genomic test at ACT Genomics (Thailand) Ltd. (Registration No. 0105561133747, "ACT Genomics") and/or its affiliate companies, please read this form and make sure you fully understand the purpose, procedures, limitations and risks involved in doing this test. If you have any questions, please consult your referring doctor prior to signing this consent form.

ACT Genomics' cancer genetic testing service is used to detect specific cancer-related genetic mutations. This information can be used to assist doctors in determining the clinical treatment for cancer or potential participation in clinical trials.

- Upon the determination made by your doctor, ACT Genomics will arrange the transportation of your clinical samples (formalin-fixed paraffin-embedded specimens, peripheral blood, or cerebrospinal fluid, etc.) obtained through surgery or other sampling methods. After receiving your clinical samples that are meeting the testing acceptance criteria of ACT Genomics laboratory located in Bangkok or Taipei, Taiwan, as the case may be ("ACT Genomics Laboratory"), ACT Genomics Laboratory will conduct the test and prepare the test report based on the testing service (further described below) you and your doctor selected. The report will then be provided to the commissioned healthcare institution.
- If the sample meets the acceptance criteria of ACT Genomics Laboratory, a complete testing process will be conducted, and the test results will be provided based on the sample's quality. If the testing process does not meet the quality control standards, it will be jointly assessed by the referring doctor to either rebiopsy the sample or terminate the testing.
- Next-generation sequencing (NGS) testing services utilize next-generation sequencing and nucleic acid testing to sequence specific cancer-related genetic mutations within the specimen and generate the genomic mutation data. Subsequently, a comparison will be made with a large medical database to generate a testing report based on the sequencing results.
- Droplet Digital Polymerase Chain Reaction (ddPCR), Real-Time PCR testing or immunohistochemistry staining will be used to detect specific genes, and the obtained test results will be used to generate a testing report.
- Next-generation sequencing testing, ddPCR testing, Real-Time PCR testing, immunohistochemistry staining and other testing technologies still have their limitations, and the accuracy of these tests is not 100%.
- The scope of testing primarily focuses on gene mutations. Due to limitations in testing technology and variations in tumor genes among individual clinical samples, even if testing personnel have diligently followed standard operating procedures, it is still possible that no mutation abnormalities will be found in specific genes tested, or this may result in the inability to provide some test results. Examples of such situations include copy number variations (CNV), microsatellite instability (MSI), tumor mutation burden (TMB), etc.
- The mutation status found in the test results may: a. has no corresponding drugs in the current medical databases; b. be in clinical trial stages; or c. be the same as the treatment drugs you are currently or previously receiving.
- The information related to cancer gene mutations and treatment outcomes continuously evolve with ongoing medical research. Your medical team will integrate clinical data such as blood and imaging, which may lead to varying interpretations of the drugs matched to the testing results. The testing results are intended for reference by healthcare professionals only and do not replace the independent professional medical judgment of healthcare professionals. They should not be considered as a diagnosis or medical treatment advice for any individual.
- Due to the need for medical terminology and literature verification, the test report is presented in English for the convenience of healthcare institutions as a reference.
- In compliance with the applicable laws, the test report will be provided to your doctor or the commissioned healthcare institution. If you need to obtain the test report, please submit the request to your doctor or the commissioned healthcare institution.
- Genetic test may reveal information related to genetics. For clinical interpretation of any test results, it is advised that you should consult with your doctor to assist in evaluating subsequent health management considerations.
- ACT Genomics will retain the test results for at least 7 years for the purpose of further serving you or discussing with your doctor.
- ACT Genomics Laboratory will retain any remaining clinical samples for up to 3 months or according to the storage space limitations after the completion of the test report. To the maximum extent permitted by applicable laws, the clinical samples will be retained in a de-identified manner for medical analysis. However, if you select otherwise in the following "Certificate of Medical Necessity/Content" or request ACT Genomics to destroy the remaining clinic samples, ACT Genomics will destroy the remaining clinic samples as instructed.
- For the purpose of providing testing services, your personal data and medical information may be stored or processed in information systems or servers operated by ACT Genomics' affiliated company located in Hong Kong Special Administrative Region. ACT Genomics will implement appropriate information security measures to protect your personal data in accordance with applicable laws.
- ACT Genomics may send your clinical samples and related information to external laboratories or specialized service providers to perform specific parts of the testing process. Such disclosure will be limited to what is necessary and conducted under appropriate confidentiality and data protection measures.

Your privacy and personal information will be kept confidential in accordance with the applicable laws.

Certificate of Medical Necessity/Content:

I, or my legal representative, have discussed with the Ordering Doctor stated herein and am willing to undergo the selected test (stated below) and assume any related risks. I hereby give consent to the medical institution that collected the sample, pathology report, and medication records, among other medical information, providing them to ACT Genomics to conduct the test and analyze the results. I also understand and agree that ACT Genomics may transfer the aforementioned my sample and information to its affiliate companies located in Taipei, Taiwan to conduct the test and analyze the result, if needed. I further understand that ACT Genomics and the involved its affiliate companies will following applicable laws or regulations, provide the test results to the Referring Healthcare Institutions stated below

I, or my legal representative, have thoroughly read and fully understood the contents of this Genetic Test Patient Informed Consent Form (hereinafter referred to as the 'Consent Form'). **I hereby consent to the contents of this Consent Form, and I agree that ACT Genomics may collect, process, and utilize my personal data following the terms specified in this Consent Form.**

Any of the following items that I have not checked or checked both "Agree" and "Disagree" shall be considered as disagree.

☐ Agree ☐ Disagree	When a biopharmaceutical company is researching and developing new drugs/treatment methods related to my testing results, ACT Genomics is allowed to provide information to the referring doctor. The referring doctor will then assess whether these new drugs/treatment methods may be beneficial for my future treatment.
☐ Agree ☐ Disagree	In compliance with personal data protection laws and relevant regulations, ACT Genomics, after removing information that can directly or indirectly identify my identity from genetic information and test results, may utilize such de-identified data, for example, to establish a database or for queries or research purposes by regulatory authorities or other institutions and companies.
☐ Agree ☐ Disagree	ACT Genomics may, pursuant to the applicable laws, retain and use my remaining clinical samples in a de-identified manner for research or medical analysis purposes.

* Patient/Legal Representative Signature : _____ National ID/ Passport Number: _____
 Relationship to the Patient (In the case of authorization): _____ Contact Number: _____
 E-mail Address: _____ Date: _____ (Day/ Month/ Year)
 * Doctor Signature: _____ Referring Healthcare Institutions : _____ Selected Test : _____

¹ A legally authorized representative refers to the spouse, father, mother, or a child who is at least 20 years old (having reached legal adulthood), or a person authorized by the patient with legal documentation, such as a court order (in cases where authorization cannot be granted under normal circumstances).

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจส่งตัวอย่างเนื้อเยื่อ/ตัวอย่างทางคลินิกของท่านเข้ารับการตรวจวิเคราะห์ทางพันธุกรรมที่บริษัท ACT Genomics (Thailand) จำกัด (เลขทะเบียนนิติบุคคล 0105561133747) ("ACT Genomics") และ/หรือ บริษัทในเครือของ ACT Genomics กรุณาย่านแบบฟอร์มฉบับนี้อย่างละเอียด และโปรดแน่ใจว่าท่านเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ข้อจำกัด และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการตรวจนี้โดยครบถ้วน หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ กรุณาปรึกษาแพทย์ผู้ส่งตรวจของท่านก่อนลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมฉบับนี้

บริการตรวจทางพันธุกรรมของ ACT Genomics มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การกลายพันธุ์ของยีนที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งโดยเฉพาะ ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาใช้ประกอบการพิจารณาของแพทย์ในการวางแผนการรักษาทางคลินิกสำหรับโรคมะเร็ง หรือพิจารณาความเหมาะสมในการเข้าร่วมการทดลองทางคลินิก

1. ภายหลังจากที่แพทย์ของท่านได้ประเมินและตัดสินใจแล้ว บริษัท ACT Genomics จะดำเนินการจัดส่งตัวอย่างทางคลินิกของท่าน (เช่น ตัวอย่างเนื้อเยื่อที่ผ่านการฝังในพาราฟินและตรึงด้วยฟอร์มาลีน เลือดจากหลอดเลือดส่วนปลาย หรือของเหลวในเส้นหลัง เป็นต้น) ซึ่งได้จากการผ่าตัดหรือวิธีการเก็บตัวอย่างอื่น ๆ เมื่อห้องปฏิบัติการของ ACT Genomics ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร หรือในไทย ได้หวั่น แล้วแต่กรณี ("ห้องปฏิบัติการ ACT Genomics") ได้รับตัวอย่างทางคลินิกของท่าน และตัวอย่างดังกล่าวเป็นไปตามเกณฑ์การรับตัวอย่างของห้องปฏิบัติการแล้ว ห้องปฏิบัติการ ACT Genomics จะดำเนินการตรวจวิเคราะห์และจัดทำรายงานผลการตรวจตามประเภทบริการที่ท่านและแพทย์ของท่านได้เลือกไว้ (ซึ่งจะอธิบายเพิ่มเติมด้านล่าง) ทั้งนี้ รายงานผลการตรวจจะถูกส่งมอบให้แก่สถานพยาบาลที่รับผิดชอบตามที่ระบุไว้
2. หากตัวอย่างทางคลินิกของท่านเป็นไปตามเกณฑ์การรับตัวอย่างของห้องปฏิบัติการ ACT Genomics จะมีการดำเนินการกระบวนการตรวจวิเคราะห์อย่างสมบูรณ์ และรายงานผลจะจัดทำตามคุณภาพของตัวอย่างนั้น หากกระบวนการตรวจไม่ผ่านเกณฑ์การควบคุมคุณภาพ แพทย์ผู้ส่งตรวจจะร่วมประเมินเพื่อพิจารณาว่าจะทำการเก็บตัวอย่างใหม่ หรือยุติกระบวนการทดลอง
3. บริการตรวจวิเคราะห์ด้วยเทคโนโลยีการหาลำดับเบสรุ่นถัดไป (Next Generation Sequencing – NGS) ใช้การหาลำดับเบสและการตรวจสอบกรดนิวคลีอิกเพื่อหาการกลายพันธุ์ของยีนที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในตัวอย่าง และสร้างข้อมูลพันธุกรรมของการกลายพันธุ์ จากนั้นจะมีการเปรียบเทียบข้อมูลกับฐานข้อมูลทางการแพทย์ขนาดใหญ่เพื่อจัดทำรายงานผลการตรวจ
4. การทดสอบด้วยวิธี Droplet Digital Polymerase Chain Reaction (ddPCR), Real-Time PCR หรือการย้อมแอนติบอดีทางภูมิคุ้มกัน (Immunohistochemistry Staining – IHC) จะถูกใช้เพื่อตรวจหาโปรตีนเฉพาะ และนำมาผลที่ได้ไปจัดทำรายงานผลการตรวจ
5. การตรวจวิเคราะห์ด้วยเทคโนโลยี Next-Generation Sequencing (NGS), ddPCR, Real-Time PCR, การย้อม IHC และเทคโนโลยีอื่น ๆ ยังคงมีข้อจำกัดบางประการ และความแม่นยำของผลการตรวจไม่สามารถรับประกันได้ 100%
6. ขอบเขตของการตรวจนั้นที่การกลายพันธุ์ของยีนเป็นหลัก เนื่องจากข้อจำกัดของเทคโนโลยีและความหลากหลายของยีนในเนื้อเยื่อระหว่างตัวอย่าง ผู้ป่วยแต่ละราย แม้บุคลากรจะปฏิบัติตามขั้นตอนปฏิบัติงานมาตรฐานอย่างเคร่งครัด ก็ยังมีความเป็นไปได้ที่จะไม่พบความผิดปกติของการกลายพันธุ์ในยีนที่ตรวจ หรืออาจไม่ผลการตรวจบางรายการได้ ตัวอย่างของกรณีเช่น การเปลี่ยนแปลงจำนวนสำเนา ยีน (Copy Number Variation – CNV), ความไม่เสถียรของไมโครแซเทลไลต์ (Microsatellite Instability – MSI), หรือภาระการกลายพันธุ์ของเนื้องอก (Tumor Mutation Burden – TMB) เป็นต้น
7. สถานะการกลายพันธุ์ที่พบจากผลการตรวจ อาจอยู่ในสถานะการดังนี้:
 - ก. ยังไม่มีที่ตรงกับรายการกลายพันธุ์ในฐานข้อมูลทางการแพทย์ปัจจุบัน; ข. มีมาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทางคลินิก (อยู่ในระยะการทดลองทางคลินิก) หรือ ค. เป็นการกลายพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับยาที่ท่านกำลังใช้อยู่ในปัจจุบันหรือเคยใช้ในอดีต
8. ข้อมูลเกี่ยวกับการกลายพันธุ์ของยีนและผลการรักษาซึ่งจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามการวิจัยทางการแพทย์ แพทย์ของท่านจะนำผลการตรวจทางคลินิกอื่น ๆ เช่น ผลเลือดและภาพถ่ายทางรังสี มาประกอบการวิเคราะห์ร่วมด้วย ซึ่งอาจนำไปสู่การตีความที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการเลือกยาที่เหมาะสมกับผลการตรวจ ข้อมูลผลการตรวจนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการรักษาเท่านั้น และไม่สามารถทดแทนดุลยพินิจหรือการวินิจฉัยของแพทย์ได้ และไม่ควรถือเป็นวิธีการวินิจฉัยโรครหรือข้อเสนอแนะทางการรักษาสำหรับบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ
9. เนื่องจากรายงานผลการตรวจจำเป็นต้องใช้สำหรับทางการแพทย์และอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ การรายงานผลจะจัดทำเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อความสะดวกในการใช้อ้างอิงของสถานพยาบาล
10. ตามข้อกำหนดของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รายงานผลการตรวจจะถูกส่งให้แก่แพทย์ของท่านหรือสถานพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย หากท่านมีความประสงค์ที่จะขอรับรายงานผล กรุณาติดต่อแพทย์ของท่านหรือสถานพยาบาลดังกล่าว
11. การตรวจทางพันธุกรรมอาจเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมของท่าน สำหรับการแปลผลในทางคลินิกของผลตรวจใด ๆ ขอแนะนำให้ท่านปรึกษาแพทย์เพื่อช่วยประเมินแนวทางในการดูแลสุขภาพในระยะต่อไป
12. บริษัท ACT Genomics จะเก็บรักษาผลการตรวจไว้อย่างน้อย 7 ปี เพื่อวัตถุประสงค์ในการให้บริการเพิ่มเติมแก่ท่าน หรือการหาวิธีร่วมกับแพทย์ของท่าน
13. ห้องปฏิบัติการ ACT Genomics จะเก็บรักษาตัวอย่างทางคลินิกที่เหลืออยู่หลังจากการจัดทำรายงานผลเป็นระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน หรือภายใต้ข้อจำกัดของพื้นที่จัดเก็บ ทั้งนี้ ภายใต้อุปสงค์ของกฎหมายที่เกี่ยวข้องอนุญาต ตัวอย่างทางคลินิกจะถูกเก็บไว้ในลักษณะที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม หากท่านเลือกไม่ให้นำมาเก็บรักษาในหัวข้อ "หนังสือรับรองความจำเป็นทางการแพทย์/การยินยอม" ด้านล่าง หรือมีคำร้องขอให้บริษัท ACT Genomics ทำลายตัวอย่างทางคลินิกที่เหลืออยู่ บริษัทจะดำเนินการทำลายตัวอย่างตามคำร้องของท่าน
14. เพื่อวัตถุประสงค์ในการให้บริการตรวจวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางการแพทย์ของท่านจะถูกจัดเก็บหรือประมวลผลในระบบสารสนเทศหรือเซิร์ฟเวอร์ของบริษัทในเครือของ ACT Genomics ที่ตั้งอยู่ในเขตบริหารพิเศษฮ่องกง ทั้งนี้ บริษัท ACT Genomics จะดำเนินการมาตรการด้านความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
15. บริษัท ACT Genomics อาจจำเป็นต้องส่งตัวอย่างทางคลินิกและข้อมูลที่เกี่ยวข้องของท่านให้แก่ห้องปฏิบัติการหรือผู้ให้บริการภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อดำเนินกระบวนการตรวจวิเคราะห์บางส่วน ทั้งนี้ การเปิดเผยข้อมูลจะดำเนินการเท่าที่จำเป็นและอยู่ภายใต้มาตรการรักษาความลับและการคุ้มครองข้อมูลที่เหมาะสม

ข้อมูลส่วนบุคคลและความเป็นส่วนตัวส่วนนี้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับตามที่กฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด

หนังสือรับรองความจำเป็นทางการแพทย์ / ข้อความยินยอม:

ข้าพเจ้า หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของข้าพเจ้า ได้หารือกับแพทย์ผู้ส่งตรวจตามที่ระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้ และยินยอมเข้ารับการตรวจที่เลือกไว้ (ตามที่ระบุด้านล่าง) รวมถึงยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจดังกล่าว ข้าพเจ้าให้ความยินยอมแก่สถานพยาบาลที่เก็บตัวอย่าง รายงานพยาธิวิทยา และประวัติการตรวจ รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อส่งมอบให้แก่บริษัท ACT Genomics เพื่อดำเนินการตรวจวิเคราะห์และประเมินผลการตรวจ และข้าพเจ้าเข้าใจและยินยอมว่า บริษัท ACT Genomics อาจโอนตัวอย่างและข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทในเครือที่ตั้งอยู่ในไทย ประเทศใดก็ตาม เพื่อดำเนินการตรวจวิเคราะห์และประเมินผลการตรวจความจำเป็น ข้าพเจ้าเข้าใจเพิ่มเติมว่า บริษัท ACT Genomics และบริษัทในเครือที่เกี่ยวข้องจะดำเนินการตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ในการจัดส่งผลการตรวจให้แก่สถานพยาบาลที่ระบุไว้ด้านล่าง

ข้าพเจ้าหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของข้าพเจ้า ได้อ่านและเข้าใจรายละเอียดของแบบฟอร์มหนังสือยินยอมการตรวจทางพันธุกรรมของผู้ป่วย (ต่อไปนี้เรียกว่า "หนังสือยินยอม") ฉบับนี้อย่างถี่ถ้วนแล้วและขอมอบหมายการตรวจที่ระบุในหนังสือยินยอมฯ รวมถึงให้ความยินยอมแก่บริษัท ACT Genomics ในการเก็บรวบรวม ประมวลผล และใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามข้อกำหนดที่ระบุไว้ในหนังสือยินยอมฯ ฉบับนี้

ข้อใดก็ตามในรายการด้านล่างที่ข้าพเจ้ายังไม่ได้ทำเครื่องหมาย หรือได้ทำเครื่องหมายทั้ง "ยอมรับ" และ "ไม่ยอมรับ" จะถือว่าเป็นการไม่ยอมรับ

☐ ยอมรับ	เมื่อบริษัทหรือผู้ให้บริการที่ข้าพเจ้าทำการวิจัยและพัฒนา/วิธีการรักษาใหม่ที่เกี่ยวข้องกับผลการตรวจของข้าพเจ้า บริษัท ACT Genomics จะได้รับอนุญาตให้ส่งข้อมูลให้แก่แพทย์ผู้ส่งตรวจ จากนั้นแพทย์ผู้ส่งตรวจจะประเมินว่ายา/วิธีการรักษาใหม่เหล่านี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการรักษาของข้าพเจ้าในอนาคตหรือไม่
☐ ยอมรับ	เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง บริษัท ACT Genomics หลังจากที่ได้ลบข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้าได้โดยตรงหรือโดยอ้อมออกจากข้อมูลพันธุกรรมและผลการตรวจ อาจนำข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวตนนี้ไปใช้ เช่น เพื่อสร้างฐานข้อมูล หรือใช้ในการค้นหายาหรือเพื่อการวิจัยโดยหน่วยงานกำกับดูแลหรือสถาบันและบริษัทอื่น ๆ
☐ ยอมรับ	บริษัท ACT Genomics อาจเก็บรักษาและใช้ตัวอย่างทางคลินิกที่เหลืออยู่ของข้าพเจ้าในลักษณะที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยหรือการวิเคราะห์ทางการแพทย์ ตามที่กฎหมายที่เกี่ยวข้องอนุญาต

* ลายเซ็นผู้ป่วย/ผู้แทนทางกฎหมาย: _____

หมายเลขบัตรประชาชน/หมายเลขพาสปอร์ต: _____

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ในกรณีที่มีการมอบอำนาจ): _____

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ: _____

ที่อยู่อีเมล: _____

วันที่ยื่นลงนาม: _____ (วัน/เดือน/ปี)

* ลายเซ็นแพทย์: _____

โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลที่ส่งตรวจ: _____

รายการการทดสอบที่เลือก: _____

* ผู้แทนที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายหมายถึง คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตรที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี (ซึ่งบรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย) หรือบุคคลที่ได้รับการมอบอำนาจจากผู้ป่วยโดยเอกสารทางกฎหมาย เช่น คำสั่งศาล (ในกรณีที่ไม่สามารถมอบอำนาจได้ตามปกติ)