Heritage by N Health

บี เอ็ม แอล คลินิกเทคนิคการแพทย์

Bio Molecular Laboratories (Thailand) Co., Ltd. 2301/2 Dental Building 4th floor
New Petchaburi Rd. Bangkapi, Huaykwang, Bangkok 10310 Tel: 02-762-4000

Sticker Barcode
(For N Health)

PATIENT INFORMATION

First name*:_____ Last name*:_____

Date Of Births: D D / M M / Y Y Y Y Age:_____Years Gender assigned at birth: ☐ Male ☐ Female

Ethnicity*: ☐ Asian ☐ American Indian ☐ African American ☐ Oceania/Pacific Islander ☐ Caucasian
☐ Other_____

PHYSICIAN INFORMATION

Hospital / Institution :_____

Physician First Name*:_____ Physician Last Name*:_____

Email Address* (for receiving report):_____

PARTNER INFORMATION (OPTIONAL)

First Name:_____ Last Name:_____

Date Of Birth : D D / M M / Y Y Y Y Hospital Number (HN):_____ Lab Number (LN):_____

Consanguinity: ☐ YES ☐ NO

*It is recommended to fill out partner's information, if carrier screening (Test name) has already been requested for this person's partner.

HERITAGE TESTS

Reason For testing: _____

_____

_____

Select Tests:

☐ **MM235: Heritage Carrier Basic Thai Female panel**
Alpha thalassemia*, Beta thalassemia**, Spinal Muscular Atrophy, and Fragile X syndrome

☐ **MM236: Heritage Carrier Basic Thai Male panel**
Alpha thalassemia*, Beta thalassemia**, and Spinal Muscular Atrophy

☐ **MM240: Heritage Carrier Basic Pan-ethnic panel**
Alpha thalassemia*, Beta thalassemia**, Spinal Muscular Atrophy, and Cystic fibrosis

☐ **MM261: Heritage Carrier Basic PLUS panel**
Alpha thalassemia***, Beta thalassemia**, Spinal Muscular Atrophy, Fragile X syndrome, and other 16 disorders

Add On ☐ *G6PD* ☐ *GJB2* ☐ *HFE*
(These genes only appear in the report, if they are selected)

☐ **MM237: Heritage Carrier Essential panel**
Alpha thalassemia***, Beta thalassemia**, Spinal Muscular Atrophy, Fragile X syndrome, and other 58 disorders

Add On ☐ *G6PD* ☐ *GJB2*
(These genes only appear in the report, if they are selected)

☐ **MM238: Heritage Carrier Expanded panel**
Alpha thalassemia***, Beta thalassemia**, Spinal Muscular Atrophy, Fragile X syndrome, and other 420 disorders

Add On ☐ *G6PD* ☐ *GJB2* ☐ *HFE* ☐ *MTHFR*
(These genes only appear in the report, if they are selected)

(*) 7 deletion (--SEA,--THAI,--MED,--20.5,--FIL,-3.7,-4.2) + HbCS/PS
(**) Sanger's sequencing for point mutations + 4 Deletion (HPFH6, Deltabeta 0, 3.48kb deletion, Hb Lepore)
(***) 7 deletion (--SEA,--THAI,--MED,--20.5,--FIL,-3.7,-4.2) + Point mutations by NGS

SPECIMEN INFORMATION

Specimen type: _____

Collection date: D D / M M / Y Y Y Y

OTHER GENETIC TESTS

☐ **A805: Hb typing with PCR for Alpha Thalassemia**
Hb typing, --SEA, --THAI, -3.7kb, -4.2kb, HbCS, and HbPS

Add on ☐ Couple at risk calculation

☐ **M424: Alpha thalassemia Comprehensive (7 deletions and HBA1/HBA2 non-deletion)**

☐ **M427: Beta thalassemia 21 mutations plus common deletions**

☐ **M224: Spinal Muscular Atrophy (SMA) Molecular Analysis**

☐ **M225: Fragile X Syndrome Molecular Analysis**

☐ **M356: Factor II gene mutation (Prothrombin 20210G>A Mutation)**

☐ **M426: Factor V Leiden (FV1691G>A) PCR**

☐ **M395: Cystic Fibrosis Molecular Screening (200 mutations) by Microarray**

☐ **Other**.....
.....

PRENATAL DIAGNOSIS TESTS

☐ **M411: PND for Alpha thalassemia**

☐ **M412: PND for Beta thalassemia**

☐ **M413: PND for Alpha and Beta thalassemia**

☐ **M416: PND for Spinal muscular atrophy (SMA)**

N Health Biomolecular Staff Only

Received date: D D / M M / Y Y Y Y By: _____

Separation date: D D / M M / Y Y Y Y By: _____

Health

National Healthcare Systems Co.,Ltd.
2301/2 New Petchburi Road,
Bangkapi, Huaykwang,
Bangkok 10310

Call Center: (66) 2762 4000
Fax: (66) 2762 4072
www.nhealth-asia.com

Consent Form for Sample Collection and Use of Information for Medical Genetic Analysis

Date (Day/Month/Year) .....

I, (Your Name) ..... Date of Birth (Day/Month/Year) ..... Age ..... years

Consent to (Specify Hospital/Clinic) ..... to collect specimens from me for the purpose of genetic analysis and the use of genetic information for genetic planning.

I certify that I have been informed of the following:

1. I acknowledge the name of the analysis, the purpose of the analysis, the collection process, what will be obtained from the analysis, and the limitations of the analysis.
2. The genetics analysis laboratory performed by using samples such as blood, bone marrow, amniotic fluid, saliva, buccal swabs, tissue specimens, or various parts of the body as needed for analysis. I understand the associated risks and side effects of this specimen collection when performed by medical personnel.
3. I understand that the results of the genetic analysis may or may not provide information that can be used in my treatment plan.
4. I acknowledge that the analysis results will be provided only for the specified tests.
5. I understand that the genetic information will not be disclosed to individuals unrelated to the analysis process, treatment planning, or research.
6. Genetic material obtained from genetic laboratory specimens will be stored for five years unless all genetic material is required due to the analysis, in which case will be recorded.
7. Results of the genetic analysis in document form will be retained in the laboratory or its designated location for five years and in the laboratory's information system for ten years.
8. I am aware that genetic analysis in the genetics laboratory may reveal information beyond the ordered tests, such as other genetic abnormalities or relationships, but the laboratory and physicians are not obligated to disclose such findings unless they have clinical significance for my conditions. In such cases, the laboratory will inform my attending physician, who may choose to order additional tests for a comprehensive report, with potential additional costs.
9. Genetic material stored in the laboratory may be used as an anonymous genetic reference for validation and comparison in related analyses. This genetic material will be used in an anonymous format, preventing the tracing of its origin.

National Healthcare Systems Co.,Ltd.
2301/2 New Petchburi Road,
Bangkapi, Huaykwang,
Bangkok 10310

Call Center: (66) 2762 4000
Fax: (66) 2762 4072
www.nhealth-asia.com

10. I have the right to request the laboratory to cancel the analysis, delete the analysis data, dispose of the collected specimens, or eliminate the stored genetic material at any time, even before the scheduled storage duration, with a formal written request.

I acknowledge the information in this informed consent document and have had the opportunity to ask relevant medical personnel questions and have received satisfactory explanations and I understand.

Patient/Guardian/Representative's Signature*	Patient/Guardian/Representative's Full name	DD/MM/YYYY

Physician's Signature**	Physician's Full name	DD/MM/YYYY

The document Consent Form for Sample Collection and Use of Information for Medical Genetic Analysis. After the individual undergoes the screening and a physician signs and acknowledges the document, it will be retained in both paper and scanned formats in Bio Molecular Laboratories (Thailand) Co., Ltd. or its designated location for five years. Access rights to these documents are governed by the Personal Data Protection Act, B.E. 2562 (2019).

National Healthcare Systems Co.,Ltd.
2301/2 New Petchburi Road,
Bangkapi, Huaykwang,
Bangkok 10310
Call Center: (66) 2762 4000
Fax: (66) 2762 4072
www.nhealth-asia.com

ใบแสดงเจตนายินยอมให้เก็บตัวอย่าง และใช้ข้อมูลเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพันธุศาสตร์

วันที่ (วัน/เดือน/พ.ศ.)……

ข้าพเจ้า ……..…….. วันเดือนปีเกิด (วัน/เดือน/พ.ศ.)……..…… อายุ …… ปี

ยินยอมให้สถานพยาบาล (ระบุชื่อโรงพยาบาล คลินิก) ……..……..…… เก็บสิ่งส่งตรวจจากข้าพเจ้า

เพื่อประโยชน์ในการตรวจวิเคราะห์เพื่อได้มาซึ่งข้อมูลทางพันธุกรรม และใช้ข้อมูลทางพันธุศาสตร์ประกอบการวิเคราะห์ผลการทดสอบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงชื่อรายการการตรวจวิเคราะห์ วัตถุประสงค์ของการตรวจวิเคราะห์ การเก็บสิ่งส่งตรวจวิเคราะห์ สิ่งที่จะได้จากการตรวจวิเคราะห์ รวมถึงข้อจำกัดของการตรวจวิเคราะห์
2. การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพันธุศาสตร์ ตรวจโดยการใช้สิ่งส่งตรวจเลือด ไขกระดูก น้ำคร่ำ น้ำลาย ป้ายกระพุ้งแก้ม ชิ้นเนื้อ หรือ ส่วนต่างๆของร่างกาย ตามความจำเป็นในการตรวจวิเคราะห์ ข้าพเจ้ารับทราบความเสี่ยงและผลข้างเคียงในการเก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้ประกอบวิชาชีพแล้ว
3. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าผลการตรวจวิเคราะห์ที่ได้อาจพบข้อมูล หรืออาจไม่พบข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการประกอบวางแผนการรักษาของข้าพเจ้าได้
4. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าผลการตรวจวิเคราะห์จะที่ได้รับ รายงานผลเฉพาะรายการตรวจที่กำหนดไว้
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลการตรวจวิเคราะห์จะไม่ถูกเผยแพร่ต่อบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจวิเคราะห์ การวางแผนการรักษา และการศึกษาข้อมูลวิจัย
6. สารพันธุกรรมที่สกัดได้จากสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพันธุศาสตร์ จะถูกเก็บไว้ที่ห้องปฏิบัติการเป็นเวลาห้าปี เว้นแต่หากการตรวจวิเคราะห์มีความจำเป็นที่ต้องใช้สารพันธุกรรมทั้งหมดจะมีบันทึกไว้
7. ผลการตรวจวิเคราะห์ในรูปแบบของเอกสารจะถูกเก็บไว้ที่ห้องปฏิบัติการหรือสถานที่ที่ห้องปฏิบัติการจัดไว้เป็นเวลาห้าปี และในระบบสารสนเทศของห้องปฏิบัติการเป็นเวลาสิบปี
8. ข้าพเจ้ารับทราบว่าการตรวจวิเคราะห์ทางทางห้องปฏิบัติการพันธุศาสตร์ อาจพบข้อมูลจากการตรวจวิเคราะห์นอกเหนือจากการสั่งตรวจวิเคราะห์ ได้แก่ ความผิดปกติทางพันธุกรรมอื่น ความสัมพันธ์ หรือความไม่สัมพันธ์ทางเครือญาติ ห้องปฏิบัติการ และแพทย์ไม่อยู่ภายใต้ข้อบังคับที่จะเผยแพร่ข้อมูลให้ข้าพเจ้า หรือญาติ หรือตัวแทนของข้าพเจ้า อย่างไรก็ตามหากข้อมูลที่ได้นั้นมีความสำคัญทางคลินิกในกลุ่มอาการ หรืออาการที่แพทย์ดูแลข้าพเจ้าอยู่ ห้องปฏิบัติการจะแจ้งให้แพทย์เลือกที่จะสั่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อให้ได้รายงานการตรวจวิเคราะห์ ทั้งนี้อาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

National Healthcare Systems Co.,Ltd.
2301/2 New Petchburi Road,
Bangkapi, Huaykwang,
Bangkok 10310

Call Center: (66) 2762 4000
Fax: (66) 2762 4072
www.nhealth-asia.com

9. สารพันธุกรรมที่ห้องปฏิบัติการเก็บรักษา อาจถูกนำไปใช้เป็นสารพันธุกรรมอ้างอิงในการตรวจวิเคราะห์ การทวนสอบ และสอบเทียบการตรวจวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้สารพันธุกรรมจะถูกใช้ในรูปแบบนิรนาม (Anonymous) โดยไม่สามารถสืบแหล่งที่มาได้
10. ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ขอให้ห้องปฏิบัติการยกเลิกรายการตรวจวิเคราะห์ ทำลายข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ ทำลายสิ่งส่งตรวจ ทำลายสารพันธุกรรม เมื่อใดก็ได้แม้ว่ายังไม่ถึงระยะเวลาจัดเก็บตามกำหนด โดยต้องมีคำขอเป็นหนังสือ

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลในเอกสารความยินยอมนี้ และได้มีโอกาสซักถามผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องถึงข้อสงสัย และได้รับการชี้แจงจนเป็นที่พอใจ

ลงนาม คนไข้/ผู้ปกครอง/ตัวแทน*	ชื่อ คนไข้/ผู้ปกครอง/ตัวแทน ตัวบรรจง	วัน/เดือน/ปี
ลงนาม แพทย์**	ชื่อ แพทย์ ตัวบรรจง	วัน/เดือน/ปี

เอกสารแสดงความยินยอมให้เก็บตัวอย่าง และใช้ข้อมูลเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพันธุศาสตร์ หลังจากผู้เข้ารับการตรวจและแพทย์ลงนามรับทราบเอกสารจะถูกเก็บไว้ในรูปแบบเอกสารและเอกสารที่สแกน สถานที่จัดเก็บห้องปฏิบัติการ บริษัท ไบโอ โมเลกุลลาร์ แลบบอราทอรี่ส์ (ประเทศไทย) จำกัด หรือสถานที่ที่ห้องปฏิบัติการฯ จัดไว้ ระยะเวลาการจัดเก็บเป็นเวลาห้าปี และได้มีการกำหนด สิทธิ์ผู้เข้าถึงเอกสารดังกล่าวตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562