

MOLECULAR ONCOLOGY TEST REQUEST FORM

✉ Labservices@bumrungrad.com ☎ 02-01-14158



Patient Information

Full Name:
(ชื่อ นามสกุล ภาษาอังกฤษ)

HN:

DOB:
(วันเกิด วัน/เดือน/ค.ศ.) D D / M M / Y Y Y Y

Age (year)
(อายุ ปี)

Gender: ☐ Male ☐ Female
(เพศ ชาย หญิง)

Phone: :
(เบอร์โทรศัพท์)

Email:
(อีเมล)

Clinical Information

Diagnosis*:

Treatment history: ☐ Treatment-naive

Cancer Subtype:

Chemotherapy:

Cancer Stage:

Targeted Therapy:

*** Please attach pathology report**

Immunotherapy:

Test

	TAT(Days)	Specimen Type
☐ Oncomine™ Precision Panel (50 Genes) - Cell-Free - Fast track	7	Streck tube blood x 2 tubes
☐ Oncomine™ Precision Panel (50 Genes) - FFPE - Fast track	7	FFPE block
☐ Oncomine™ Precision Panel (50 Genes) - FFPE	14	FFPE block
☐ Oncomine™ Precision Panel (50 Genes) - FFPE + PD-L1 (22C3)	14	FFPE block
☐ Oncomine™ Fusion Panel - FFPE	14	FFPE block
☐ MSI-FFPE (Idylla)	3	FFPE block
☐ MMR (Mismatch Repair), IHC: MLH1, MSH2, MSH6, PMS2	7	FFPE block
☐ PD-L1 (Clone 22C3), IHC, Tissue (FFPE)	4	FFPE block
☐ Other:		

Specimen Information

☐ Streck tube blood x 2 tubes

Collection Date:

☐ FFPE Block : ID

Collection Site:

Collection Date:

Referring Hospital & Physician Information

Hospital Name:
(ชื่อสถานพยาบาล)

Physician Name:
(ชื่อ นามสกุล แพทย์ภาษาอังกฤษ)

Phone: :
(เบอร์โทรศัพท์)

Phone: :
(เบอร์โทรศัพท์)

Email for report:
(อีเมลรับผลการทดสอบ)

Email:
(อีเมล)

Physician Signature:

Consent for Genomic Medicine Testing

Name:
 HN: Date:
 Birth Date: Age:
 Room: Sex:
 Physician:
 Allergies:

(สำหรับโรงพยาบาล)

ลงนาม..... พยาน 1 ลงนาม
 (.....) (.....)
 ลงนาม..... พยาน 2 ลงนาม
 (.....) (.....)
 (แพทย์/ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์) (กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ/ยินยอมทางโทรศัพท์)

 วันที่ เวลา

การแปลและให้ข้อมูลโดยผู้แปลภาษา

ข้าพเจ้าได้แปลหนังสือแสดงความยินยอมการตรวจทางเวชศาสตร์จีโนม (Consent for Genomic Medicine Testing) รวมทั้งข้อมูลซึ่งแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ ได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยทราบ

ภาษาที่แปล ผู้แปลลงนาม
 (.....)

สถานะของผู้ลงนาม (ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์)

- ☐ ผู้ป่วย ซึ่งบรรลุนิติภาวะ (20 ปีบริบูรณ์) และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- ☐ สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สึกรู้ตัว)
- ☐ ผู้ใช้อำนาจปกครอง กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- ☐ ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ (ตามคำสั่งศาล)
- ☐ ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนไร้ความสามารถ (ตามคำสั่งศาล)

โปรดแนบหลักฐานประกอบ เช่น สำเนาเอกสารบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง/เอกสารที่ออกโดยราชการ โดยปกปิดข้อมูลศาสนาและหมู่เลือดซึ่งปรากฏบนสำเนาดังกล่าว (หากมี) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้ลงนามแทนผู้ป่วย.....
 เบอร์โทรศัพท์.....
 อีเมล.....

Consent for Genomic Medicine Testing

Name:
 HN: Date:
 Birth Date: Age:
 Room: Sex:
 Physician:
 Allergies:

(สำหรับผู้ป่วย)

ลงนาม..... พยาน 1 ลงนาม

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

ลงนาม..... พยาน 2 ลงนาม

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

(แพทย์/ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์) (กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ/ยินยอมทางโทรศัพท์)

.....

วันที่ เวลา

การแปลและให้ข้อมูลโดยผู้แปลภาษา

ข้าพเจ้าได้แปลหนังสือแสดงความยินยอมการตรวจทางเวชศาสตร์จีโนม (Consent for Genomic Medicine Testing) รวมทั้งข้อมูลซึ่งแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ ได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยทราบ

ภาษาที่แปล ผู้แปลลงนาม

(.....)

สถานะของผู้ลงนาม (ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์)

- ☐ ผู้ป่วย ซึ่งบรรลุนิติภาวะ (20 ปีบริบูรณ์) และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- ☐ สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สึกรู้ตัว)
- ☐ ผู้ใช้อำนาจปกครอง กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- ☐ ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ (ตามคำสั่งศาล)
- ☐ ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนไร้ความสามารถ (ตามคำสั่งศาล)

โปรดแนบหลักฐานประกอบ เช่น สำเนาเอกสารบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง/เอกสารที่ออกโดยราชการ โดยปกปิดข้อมูลศาสนาและหมู่เลือดซึ่งปรากฏบนสำเนาดังกล่าว (หากมี) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้ลงนามแทนผู้ป่วย.....

เบอร์โทรศัพท์.....

อีเมล.....