

Questionnaire for INVITAE Diagnostic test

Test ordered

- ☐ INVITAE Multi-Cancer Panel (Diagnostic test)
☐ INVITAE 1 Panel Genetic Testing (Diagnostic test)

Test name Code

Add on

1. Patient Ethnicity : ชาติพันธุ์

- | | |
|---|--|
| ☐ Arabs | ☐ Ashkenazi Jewish |
| ☐ Asian | ☐ Black/African-American |
| ☐ French Canadian | ☐ Hispanic |
| ☐ Mediterranean | ☐ Native American |
| ☐ Pacific Islander | ☐ Sephardic Jewish |
| ☐ White/Caucasian | ☐ Others (please specify) |

Patient sticker

2. Patient has primary indication : ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ

- ☐ No ☐ Yes (please specify)
☐ Cardiology: Aortopathy ☐ Hereditary Breast and Ovarian Cancer (HBOC)
☐ Cardiology: Cardiomyopathy ☐ Lynch Syndrome
☐ Neurology ☐ Pancreatic Cancer
☐ Pediatrics ☐ Prostate Cancer
☐ Other/additional reasons for testing (อื่นๆ โปรดระบุ).....

3. Patient is/was affected or symptomatic related to the test : ผู้ป่วยมีอาการ/เคยมีอาการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ

- ☐ No ☐ Yes (please describe symptom) Age of diagnosis

4. Patient has family history related to the test : สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ

- ☐ No ☐ Yes, relationship please describe symptom.....

5. Patient is adopted

- ☐ No ☐ Yes

6. Relative with known family variant : ผู้ป่วยมีสมาชิกในครอบครัวที่มีความผิดปกติของยีนที่ทำการตรวจ

- ☐ No ☐ Yes (if yes, which gene(s) หากมี โปรดระบุยีน Relationship

7. Patient has a current or history of a hematological malignancy : ผู้ป่วยมีประวัติเป็นมะเร็งเม็ดเลือด/ต่อมน้ำเหลือง

- ☐ No ☐ Yes (please specify cancer type)

If yes, ☐ Active/current ☐ History

(*If yes, we are unable to accept the specimen, please do not order)**

8. Patient had a blood transfusion less than two weeks prior to specimen collection (blood and saliva) :

ผู้ป่วยได้รับถ่ายเลือดภายในช่วงสองสัปดาห์ก่อนเก็บส่งตรวจ

- ☐ No ☐ Yes **(***We are unable to accept the specimen, please do not order)**

9. Patient who have had an allogenic bone marrow or stem cell transplant :

ผู้ป่วยได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือสเต็มเซลล์จากผู้อื่น

- ☐ No ☐ Yes **(***We are unable to accept the specimen, please do not order)**

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.....