

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

Consent for Genomic Medicine Testing

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

(สำหรับโรงพยาบาล)

สถานะของผู้ลงนาม (ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์)

- ☐ ผู้ป่วยซึ่งบรรลุนิติภาวะ (อายุ 20 ปีบริบูรณ์) และ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- ☐ ผู้ใช้อำนาจปกครอง สำหรับกรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- ☐ คู่สมรสตามกฎหมาย กรณีผู้ป่วย ไม่มีสติสัมปชัญญะ
- ☐ ผู้พิทักษ์ เป็นบุคคลซึ่งศาลแต่งตั้งให้ดูแลกรณีผู้ป่วยเป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ
- ☐ ผู้อนุบาล เป็นบุคคลที่ศาลแต่งตั้งให้ดูแลกรณีผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถ
- ☐ ผู้รับมอบอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจตามกฎหมายกำหนด กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ

โปรดแนบหลักฐานประกอบ

1. สำเนาบัตรประชาชน หนังสือเดินทาง ใบอนุญาตขับขี่ บัตรประจำตัวข้าราชการหรือบัตรอื่นๆ ที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (สำหรับผู้ป่วย)
2. สำเนาหลักฐานแสดงความเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรม หรือพี่น้องร่วมบิดามารดาของผู้ป่วย เช่น สำเนาทะเบียนสมรส, สำเนาสูติบัตร, หนังสือรับรองการใช้อำนาจปกครอง (กรณีบิดามารดาไม่ได้จดทะเบียนสมรส), หนังสือจดทะเบียนรับบุตรบุญธรรมหรือเอกสารที่ออกโดยราชการอื่น ๆ โดยปกปิดข้อมูลศาสนาและหมู่เลือดซึ่งปรากฏบนสำเนาดังกล่าว (หากมี) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. คำตั้งศาลแต่งตั้งผู้พิทักษ์ฉบับที่รับรองโดยศาลและสำเนาบัตรประชาชนของผู้พิทักษ์พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และเอกสารระบุขอบเขตอำนาจ (ถ้ามี)
4. คำตั้งศาลแต่งตั้งผู้อนุบาลฉบับที่รับรองโดยศาลและสำเนาบัตรประชาชนของผู้อนุบาลพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วยหรือจากผู้มีอำนาจตามกฎหมายกำหนดและสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้องตามขั้นตอนของสถานพยาบาล

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

(.....)

Consent for Genomic Medicine Testing

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

(สำหรับผู้ป่วย)

สถานะของผู้ลงนาม (ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์)

- ☐ ผู้ป่วยซึ่งบรรลุนิติภาวะ (อายุ 20 ปีบริบูรณ์) และ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- ☐ ผู้ใช้อำนาจปกครอง สำหรับกรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- ☐ คู่สมรสตามกฎหมาย กรณีผู้ป่วย ไม่มีสติสัมปชัญญะ
- ☐ ผู้พิทักษ์ เป็นบุคคลซึ่งศาลแต่งตั้งให้ดูแลกรณีผู้ป่วยเป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ
- ☐ ผู้อนุบาล เป็นบุคคลที่ศาลแต่งตั้งให้ดูแลกรณีผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถ
- ☐ ผู้รับมอบอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจตามกฎหมายกำหนด กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ

โปรดแนบหลักฐานประกอบ

1. สำเนาบัตรประชาชน หนังสือเดินทาง ใบอนุญาตขับขี่ บัตรประจำตัวข้าราชการหรือบัตรอื่นๆ ที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (สำหรับผู้ป่วย)
2. สำเนาหลักฐานแสดงความเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรม หรือพี่น้องร่วมบิดามารดาของผู้ป่วย เช่น สำเนาทะเบียนสมรส, สำเนาสูติบัตร, หนังสือรับรองการใช้อำนาจปกครอง (กรณีบิดามารดาไม่ได้จดทะเบียนสมรส), หนังสือจดทะเบียนรับบุตรบุญธรรมหรือเอกสารที่ออกโดยราชการอื่น ๆ โดยปกปิดข้อมูลศาสนาและหมู่เลือดซึ่งปรากฏบนสำเนาดังกล่าว (หากมี) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. คำตั้งศาลแต่งตั้งผู้พิทักษ์ฉบับที่รับรองโดยศาลและสำเนาบัตรประชาชนของผู้พิทักษ์พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และเอกสารระบุขอบเขตอำนาจ (ถ้ามี)
4. คำตั้งศาลแต่งตั้งผู้อนุบาลฉบับที่รับรองโดยศาลและสำเนาบัตรประชาชนของผู้อนุบาลพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วยหรือจากผู้มีอำนาจตามกฎหมายกำหนดและสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้องตามขั้นตอนของสถานพยาบาล

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้ลงนามแทนผู้ป่วย.....

เบอร์โทรศัพท์.....

อีเมล.....