

Questionnaire for WES or WGS screening test

Test ordered

- ☐ Package Advanced Genetic Health Screen using Whole Exome Sequencing (WES) plus DNA saving
- ☐ Package GenomeHealth-Premium
- ☐ Package GenomeHealth-Prestige

1. Patient ancestry

- | | |
|---|--|
| ☐ 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

- ☐ No ☐ Yes (please specify)

3. Patient has sign or symptom related to the test

- ☐ No ☐ Yes (please specify)

4. Patient has family history related to the test

- ☐ No ☐ Yes (please specify)

5. Patient is adopted

- ☐ No ☐ Yes

6. Patient has previous genetic result related to the test

- ☐ No ☐ Yes (please specify mutation result)

7. Patient has previous result of WES or WGS from Bumrungrad hospital

- ☐ No ☐ Yes (please specify mutation result)

8. Patient's family has previous result of WES or WGS from Bumrungrad hospital

- ☐ No ☐ Yes (please specify mutation result)

9. Patient has a current or history of a hematological malignancy

- ☐ No ☐ Yes (please specify cancer type)

If yes, ☐ Active/current ☐ History

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

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

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

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

- ☐ 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.....