



ใบขอตรวจงานเวชพันธุศาสตร์ ห้องปฏิบัติการสาขาวิชาโลหิตวิทยา

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 7 ห้อง 700 โทร 02-419-7642-4 กด 101-102, อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 12 โทร 02-419-4417-20

ชื่อ-สกุล..... H.N.....อายุ.....ปี OPD/WARD.....Tel..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....รหัส..... วันที่ส่งตรวจ.....เวลา.....		สำหรับติดสติ๊กเกอร์หมายเลขขอตรวจ	
		สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	
		ผลการตรวจสอบสิ่งส่งตรวจ ☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน เพราะ..... ผู้ตรวจสอบ.....วันที่รับ.....เวลา.....	
สิ่งส่งตรวจ ☐ Blood (PB) <i>O clotted O heparin O EDTA O Na citrate</i> ☐ Urine ☐ CSF ☐ Peritoneal dialysis fluid ☐ Effusion ☐ Bone marrow (BM) ☐ Others.....		สำหรับเจ้าหน้าที่ OPD/WARD (ประทับชื่อ OPD/WARD ที่ส่งตรวจ) ชื่อผู้เจาะเลือดหรือเก็บตัวอย่าง..... วันที่เก็บ.....เวลา.....	สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน (ประทับตราพร้อมลายมือชื่อผู้เก็บเงิน)
ประวัติและการวินิจฉัยเบื้องต้น (กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจนทุกครั้งที่ยื่นส่งตรวจ) 1. กรุณาระบุผลหรือกรอกผล CBC: Hb.....g/dl Hct.....% Absolute retic count..... x10 ⁹ /L MCV..... fl Platelet.....x10 ⁹ /L WBC.....x10 ⁹ /L PMN.....% Lym.....% Mono.....% other..... % blast in PB.....% blast in BM..... Blood smear..... 2. PT.....sec, aPTT.....sec, fibrinogen activity.....mg/dl, อื่นๆ.....		3. ประวัติ/ตรวจร่างกาย/ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ/การวินิจฉัยเบื้องต้น	
อาคารเฉลิมพระเกียรติชั้น 12 Special test for Molecular genetics			
EDTA blood 6 ml ทำ จ-ศ (วันราชการ) ยกเว้นวันศุกร์และวันทำการสุดท้ายก่อน วันหยุดส่งก่อน 14.00 น. (โทร 02-419-4417) 401190 ☐ DNA for alpha-thalassemia (7 common deletion mutations) 401271 ☐ DNA for thalassemia, alpha non-deletion mutation 401290 ☐ Anti-3.7 and Anti-4.2 alpha globin gene Triplications 401311 ☐ PCR for Hb CS and PS Genotype (ต้องมีการส่งตรวจ 401271 ก่อน) 401315 ☐ Sequencing methodology panel for Alpha globin gene 401316 ☐ Sequencing methodology panel for Beta globin gene		EDTA BM 6 ml / EDTA blood 12 ml (6 ml 2 หลอด) ** โปรดกรอกประวัติด้านบน ทำ จ-ศ (วันราชการ) ส่งเลือดก่อน 16.00 น. (โทร 02-419-4419-20) 401278 ☐ DNA targeted gene sequencing for myeloid neoplasm by NGS 401279 ☐ RNA targeted fusion gene sequencing for myeloid neoplasm by NGS 401280 ☐ DNA targeted gene sequencing for lymphoid neoplasm by NGS 401281 ☐ RNA targeted fusion gene sequencing for lymphoid neoplasm by NGS 401302 ☐ ctDNA targeted gene sequencing for lymphoid neoplasm by NGS 401303 ☐ ctDNA targeted gene sequencing for myeloid neoplasm by NGS 401304 ☐ DNA targeted gene sequencing for BCR-IGH by NGS (MRD) 401305 ☐ DNA targeted gene sequencing for TCR Beta SR by NGS (MRD) 401306 ☐ DNA targeted gene sequencing for myeloid neoplasm by NGS (MRD)	
EDTA BM 6 ml ทำ จ-ศ (วันราชการ) ส่งเลือดก่อน 15.00 น. (โทร 02-419-4419) 401259 ☐ NPM1 mutation (BM) 401260 ☐ FLT3-ITD/TKD mutation (BM) EDTA blood 12 ml (6 ml 2 หลอด) ทำ จ-ศ (วันราชการ) ส่งเลือดก่อน 15.00 น. (โทร 02-419-4419) 401267 ☐ NPM1 mutation (PB) 401268 ☐ FLT3-ITD/TKD mutation (PB) EDTA BM 6 ml/ EDTA blood 6 ml ทำ จ-ศ (วันราชการ) ส่งเลือดก่อน 15.00 น. (โทร 02-419-4418) 401177 ☐ PML-RARA gene in APL EDTA BM 3 ml/ EDTA blood 3 ml ทำ จ-ศ (วันราชการ) ส่งเลือดก่อน 16.30 น. (โทร 02-419-4419) 401249 ☐ JAK2 V617F gene mutation BCR-ABL gene mutation (เลือกตามแพทย์สั่ง) (โทร 02-419-4419) ทำ จ-ศ (วันราชการ) ส่งเลือดก่อน 15.00 น. 401253 ☐ RQ-PCR for BCR-ABL (EDTA blood 12 ml) วัดปริมาณยีน 401266 ☐ T315I mutation for BCR-ABL (drug resistance) (EDTA BM, PB 3 ml) 401269 ☐ Direct sequencing for BCR-ABL (drug resistance) (EDTA BM 6 ml/ PB 12 ml)		EDTA BM 6 ml / EDTA blood 12 ml (6 ml 2 หลอด) ** โปรดกรอกประวัติด้านบน ทำ จ-ศ (วันราชการ) ส่งเลือดก่อน 15.00 น. ยกเว้นวันศุกร์ส่งก่อน 14.00 น. (โทร 02-419-4419) 401307 ☐ Targeted gene sequencing for primary hemostatic defect by NGS 401308 ☐ Targeted gene sequencing for thrombosis and coagulopathy by NGS	
ตึกผู้ป่วยนอก OPD ชั้น 7 (โทร 02-419-7642-4 กด 101-102) ทำ จ-ศ (วันราชการ) ส่งเลือดก่อน 15.00 น. 401301 ☐ Screening for BCR-ABL p210 by Digital PCR (EDTA BM 6 ml/ PB 6 ml)		EDTA BM 6 ml / EDTA blood 12 ml (6 ml 2 หลอด) ** โปรดกรอกประวัติด้านบน ทำ จ-ศ (วันราชการ) ส่งเลือดก่อน 15.00 น. ยกเว้นวันศุกร์ส่งก่อน 14.00 น. (โทร 02-419-4417) 401309 ☐ Targeted gene sequencing for congenital bone marrow failure by NGS 401310 ☐ Targeted gene sequencing for red cell disorders and erythrocytosis by NGS	



Declaration of Intent for Retention of Specimens for Genetic Testing

This document constitutes official evidence of the declarant's intention to allow the retention of specimens for genetic testing and to consent to the collection and use of health information for medical purposes.

Faculty of Medicine Siriraj Hospital 2 Wanglang Road, Siriraj, Bangkok Noi, Bangkok, Thailand, 10700

I hereby confirm that I have read, understood, and fully acknowledged the details, contents, and implications of this declaration of intent.

Patient / Data Subject: Full Name HN.....Date of Birth..... Age.....years

Declarant on behalf of the Patient / Data Subject: Full Name Age.....years Relationship to the Patient.....

Declaration of Intent for the Retention of Specimens for Genetic Testing and the Use of Genetic Test Results for Treatment Planning

The undersigned has been informed of and understands the following information regarding genetic testing:

1. Purpose of genetic testing (The purpose of the genetic test has been explained to the patient by the treating physician.)
2. Limitations of genetic testing
3. The retention period of genetic specimens shall end upon completion of the laboratory procedures and documentation of diagnostic evidence in the patient's medical record.

Additional Declarations of Intent (Please mark ☒ in the appropriate box)

1. Reporting of incidental findings that may be identified through the physician-ordered genetic test and that may be of direct clinical benefit to the patient.	☐ Consent	☐ Do not consent
2. Use of de-identified genetic test data for the preparation of hospital-level medical reports, the advancement of medical science, and research approved by the Human Research Ethics Committee.	☐ Consent	☐ Do not consent
3. Retention and use of remaining genetic specimens from this test in a de-identified manner for the advancement of medical science and research approved by the Human Research Ethics Committee. The retention period shall end upon withdrawal of consent by the declarant.	☐ Consent	☐ Do not consent

Withdrawal of Consent:

Consent for the use of data or retention and use of remaining specimens may be withdrawn at any time by submitting a request to the Office of the Director, Siriraj Hospital. This document is prepared in duplicate. One copy shall be retained in the hospital system and one copy shall be provided to the patient or service recipient.

	Name (Block Letters)	Signature
Patient / Data Subject / Declarant		
Declarant on behalf of the Patient / Data Subject (In cases where the patient is unable to provide consent personally)		
Ordering Physician for Genetic Testing		
Hospital Staff (OPD / Ward).....		

Date Month Year

1890





มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

หนังสือแสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม
หนังสือฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการแสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม
และแสดงเจตนาให้เก็บรวบรวมใช้ข้อมูลสุขภาพ

โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียด เข้าใจเนื้อหาและผลของการแสดงเจตนาครบถ้วน

ผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล : ชื่อสกุล HN วันเดือนปีเกิด อายุ ปี
ผู้แสดงเจตนาแทนผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล : ชื่อสกุล อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

แสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม
และใช้ข้อมูลจากการตรวจเพื่อประกอบการวางแผนการรักษา

ผู้แสดงเจตนาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจทางพันธุกรรม ดังนี้

- วัตถุประสงค์ของการตรวจทางพันธุกรรม (แพทย์ผู้ทำการรักษาได้ทำการอธิบายให้ผู้รับบริการรับทราบถึงวัตถุประสงค์แล้ว)
- ข้อจำกัดของการตรวจทางพันธุกรรม
- ระยะเวลาการเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจทางพันธุกรรมจะสิ้นสุดเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการทางห้องปฏิบัติการและบันทึกหลักฐานการวินิจฉัยไว้ในเวชระเบียน

ผู้แสดงเจตนามีเจตนาเพิ่มเติม ดังนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐)

1. ให้รายงานข้อมูลพันธุกรรมที่อาจตรวจพบโดยบังเอิญ (incidental findings) จากการตรวจทางพันธุกรรมที่แพทย์ส่งตรวจ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย	☐ ยินยอม	☐ ไม่ยินยอม
2. ให้ใช้ข้อมูลจากการตรวจโดยปกติตัวบุคคล เพื่อจัดทำรายงานทางการแพทย์ระดับโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาวิทยาการทางการแพทย์ และเพื่อการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	☐ ยินยอม	☐ ไม่ยินยอม
3. ให้เก็บรักษาและใช้สิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการตรวจครั้งนี้โดยปกติตัวบุคคล เพื่อพัฒนาวิทยาการทางการแพทย์และการวินิจฉัยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยระยะเวลาเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจทางพันธุกรรมในกรณีนี้จะสิ้นสุดเมื่อผู้แสดงเจตนาแจ้งถอนความยินยอม	☐ ยินยอม	☐ ไม่ยินยอม

การถอนความยินยอม :

ผู้แสดงเจตนาสามารถถอนความยินยอมกรณีให้ข้อมูลหรือให้เก็บรักษาและใช้สิ่งส่งตรวจที่เหลือได้ทุกเมื่อโดยแจ้งความประสงค์ได้ที่สำนักงานผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลศิริราช หนังสือฉบับนี้ถูกจัดทำขึ้นสองฉบับ โดยเก็บไว้ในระบบของโรงพยาบาลหนึ่งฉบับและให้ไว้ที่ผู้รับบริการหนึ่งฉบับ

	ชื่อ สกุล (ตัวบรรจง)	ลงลายมือชื่อ
ผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล ผู้แสดงเจตนา		
ผู้แสดงเจตนาแทนผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล (กรณีผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาด้วยตนเอง)		
แพทย์ผู้ขอส่งตรวจทางพันธุกรรม		
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหน่วยตรวจ		(พยาน)

วันที่ เดือน พ.ศ.

1890

