

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 (ไม่รู้สีกตัว)
- ☐ ผู้ใช้อำนาจปกครอง กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- ☐ ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ (ตามคำสั่งศาล)
- ☐ ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนไร้ความสามารถ (ตามคำสั่งศาล)

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

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้ลงนามแทนผู้ป่วย.....

เบอร์โทรศัพท์.....

อีเมล.....