

ใบแสดงเจตนายินยอมและรับทราบให้เก็บตัวอย่างเพื่อบริการทางเวชศาสตร์จีโนม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ..... ปี อนุญาตให้
นายแพทย์/แพทย์หญิง.....เก็บตัวอย่างตรวจเลือดของข้าพเจ้าหรือผู้ที่อยู่ในการดูแลของ
ข้าพเจ้าชื่อ.....(ถ้าเก็บตัวอย่างอื่นที่ไม่ใช่เลือด ระบุ.....)
เพื่อประโยชน์ในงานบริการเวชศาสตร์จีโนมสำหรับการวินิจฉัยโรค.....
ที่ข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกครอบครัวมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรคดังกล่าวดังนี้

- วัตถุประสงค์ของการตรวจ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของยีน (ดีเอ็นเอ) ที่เป็นสาเหตุของโรค และ/หรือค้นคว้าหาความรู้ใหม่ทางพันธุศาสตร์ที่เกี่ยวกับโรค หรือกลุ่มอาการที่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัย ตลอดจนเพื่อการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัย
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคหรือความเสี่ยงต่อโรค การเป็นพาหะถ่ายทอดโรค รวมถึงความเสี่ยงต่อการป่วยบางชนิดหรือการตอบสนองต่อยาที่แตกต่างออกไป เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การยืนยันการวินิจฉัยโรค หรือ การเป็นพาหะถ่ายทอดโรค ตลอดจนการเลือกใช้ยาที่เหมาะสม
- การตรวจดังกล่าวจะกระทำโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้ากับบุคคลอื่นก่อนได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า ยกเว้น เพื่อประโยชน์เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
- การเก็บตัวอย่างตรวจนี้กระทำโดยการเจาะเลือดดำ ปริมาณ 5-10 มิลลิลิตร (หรือโดยวิธีอื่นคือ.....)
ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงคือ ความเจ็บปวด เลือดซึม หรือการติดเชื้อ ซึ่งเกิดได้น้อยมาก และถ้าหากเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้ทำหัตถการหรือแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์คนอื่นที่ได้รับมอบหมาย
- เมื่อตรวจเสร็จแล้วข้าพเจ้าอนุญาตให้ (เลือกเพียง 1 ข้อ)
☐ เก็บรักษาสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าไว้ในระยะยาว และสามารถนำไปใช้เป็นตัวอย่างในการทดสอบเพื่อควบคุมคุณภาพในงานบริการ โดยไม่ระบุที่มาของสิ่งส่งตรวจจนทำให้ติดตามแหล่งที่มาได้
☐ ทำลายสารพันธุกรรมของข้าพเจ้า
- สารพันธุกรรมของข้าพเจ้าจะไม่นำไปใช้ในการวิจัย นอกจากจะมีใบยินยอมแยกต่างหาก
- ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคของข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะเลือกให้สมาชิกครอบครัวหรือบุคคลที่ข้าพเจ้ามอบหมาย รับทราบผลการตรวจของข้าพเจ้าได้
☐ อนุญาต (ระบุชื่อ.....) หรือ
☐ ไม่อนุญาต
- ข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้าจะถูกเก็บไว้ในระบบที่มีการป้องกันการสูญหาย หรือการเสียหายของข้อมูล ป้องกันการเข้าถึงโดยไม่ได้รับอนุญาต และเก็บรักษาไว้ในสภาพที่ตรวจสอบได้ ไม่น้อยกว่า 5 ปี นับแต่วันที่ทำ ระยะเวลาจัดเก็บข้อมูลคือเก็บไว้ในระยะเวลาที่ยาวไม่มีกำหนด จนกว่าข้าพเจ้าจะขอยกเลิกการเก็บข้อมูลใดก็ได้ โดยข้าพเจ้าสามารถแสดงความจำนงให้บุคคลที่ระบุไว้ หรือทายาทโดยธรรมนำข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้าไปใช้ได้
- การตรวจสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าและสมาชิกครอบครัวข้าพเจ้า มีโอกาสที่จะพบว่าสมาชิกของครอบครัวข้าพเจ้าบางคน ไม่มีความเกี่ยวข้องทางสายญาติกับข้าพเจ้าหรือครอบครัวของข้าพเจ้า ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ไม่อยู่ภายใต้ข้อบังคับให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลในเอกสารให้ความยินยอมนี้ และได้มีโอกาสซักถามแพทย์หรือผู้ให้ข้อมูลจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงลงนามไว้ข้างท้ายนี้เพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้รับการตรวจ

()

หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ระบุความเกี่ยวข้อง.....

ลงชื่อ..... แพทย์หรือผู้ให้ข้อมูล

()

หมายเหตุ: หนังสือแสดงความยินยอมนี้ทำไว้ 2 ฉบับ

โดยให้เก็บไว้ที่ผู้ให้บริการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1 ฉบับ และสำเนาให้เก็บไว้ที่ผู้รับบริการ/ผู้รับการตรวจ 1 ฉบับ