

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)

เรื่อง งานบริการทางเวชศาสตร์จีโนม

(ติดสติ๊กเกอร์ HN. ทุกหน้า)

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

HN.....Ward/OPD.....

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย.....

เลข ว. แพทย์.....วันที่.....เวลา.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ตนเอง ผู้แทนโดยเป็น.....ของผู้ป่วย
 อนุญาตให้เก็บตัวอย่างตรวจเลือดของข้าพเจ้าหรือผู้ที่อยู่ในการดูแลของข้าพเจ้า (ถ้าเก็บตัวอย่างอื่นที่ไม่ใช่เลือด โปรตีน.....) เพื่อ
 ประโยชน์ในงานบริการเวชศาสตร์จีโนมสำหรับการวินิจฉัยโรค/ติดตามการรักษาโรค.....ที่ข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิก
 ครอบครัวมีข้อข้องชี้ทางการแพทย์

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรคดังกล่าวดังนี้

1. บริการเวชศาสตร์จีโนม หมายถึง ตรวจวิเคราะห์ การวินิจฉัย การแนะนำการใช้ยา การดูแลรักษาพยาบาล พยากรณ์โรค การประเมินความเสี่ยง ของ
 การเกิดโรคและการป้องกันโรคโดยอาศัยศาสตร์หรือเทคโนโลยีพันธุศาสตร์ในระดับโมเลกุล รวมถึงการให้คำปรึกษา การติดตามผลการบริการเวช
 ศาสตร์จีโนม
2. วัตถุประสงค์ของการตรวจ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของโรค และ/หรือค้นคว้าหาความรู้ใหม่ทางพันธุศาสตร์ที่เกี่ยวกับ
 โรค หรือกลุ่มอาการที่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัย ตลอดจนเพื่อการเลือกยาที่เหมาะสมและปลอดภัย รวมทั้งความ
 ผิดปกติทางพันธุกรรมของมะเร็งโดยตรวจเลือดหรือชิ้นเนื้อเพื่อบ่งบอกการพยากรณ์โรค และประกอบการพิจารณาให้หรือไม่ให้ยารักษาบางชนิด
3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคหรือความเสี่ยงต่อโรค การเป็นพาหะถ่ายทอดโรค
 รวมถึงความเสี่ยงต่อการแพ้ยาบางชนิดหรือการตอบสนองต่อยาที่แตกต่างออกไป เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การยืนยันการวินิจฉัยโรค
 หรือ การเป็นพาหะถ่ายทอดโรค ตลอดจนการเลือกยาที่เหมาะสม
4. การตรวจดังกล่าวจะกระทำโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้ากับบุคคลอื่นก่อนได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า ยกเว้นเพื่อประโยชน์เกี่ยวข้องกับการ
 รักษาพยาบาลของข้าพเจ้าตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
5. การเก็บตัวอย่างตรวจนี้กระทำโดยการเจาะเลือดดำ ปริมาณ 5-10 มิลลิลิตร (หรือโดยวิธีอื่นคือ.....) ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อน
 หรือผลข้างเคียงของการเจาะเลือดดำ คือ ความเจ็บปวด เลือดซึม หรือการติดเชื้อ ซึ่งเกิดได้น้อยมาก และถ้าหากเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะได้รับการ
 รักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้ทำหัตถการหรือแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์คนอื่นที่ได้รับมอบหมาย
6. ข้าพเจ้า อนุญาต ไม่อนุญาต ให้นำตัวอย่างทางชีวภาพที่เหลือจากการตรวจวิเคราะห์และข้อมูลทางพันธุกรรม ใช้เป็นตัวอย่างควบคุม
 คุณภาพ เพื่อนำมาพัฒนาการให้บริการและความแม่นยำในการตรวจบริการ โดยไม่ระบุที่มาของสิ่งส่งตรวจจนทำให้ติดตามแหล่งที่มาได้
7. ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคของข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะเลือกให้สมาชิกครอบครัวหรือบุคคลที่ข้าพเจ้ามอบหมาย รับทราบผลการตรวจของข้าพเจ้าได้
 อนุญาต (ระบุชื่อ.....) หรือ
 ไม่อนุญาต
8. ข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้าจะถูกเก็บไว้ในระบบที่มีการป้องกันการสูญหาย หรือการเสียหายของข้อมูล ป้องกันการเข้าถึงโดยไม่ได้รับอนุญาต และ
 เก็บรักษาไว้ในสภาวะที่ตรวจสอบได้ ไม่น้อยกว่า 5 ปี นับแต่วันที่ทำ ระยะเวลาจัดเก็บข้อมูลคือเก็บไว้ในระยะเวลาที่ไม่มีกำหนด จนกว่า
 ข้าพเจ้าจะขอยกเลิกการเก็บข้อมูลใดก็ได้ โดยข้าพเจ้าสามารถแสดงความจำนงให้บุคคลที่ระบุไว้ หรือทายาทโดยธรรมนำข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้า
 ไปใช้ได้
9. การตรวจสอบสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าและสมาชิกครอบครัวข้าพเจ้า มีโอกาสที่จะพบว่าสมาชิกของครอบครัวข้าพเจ้าบางคน ไม่มีความเกี่ยวข้องทาง
 สายญาติกับข้าพเจ้าหรือครอบครัวของข้าพเจ้า ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ไม่อยู่ภายใต้ข้อบังคับให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกครอบครัว
 ของข้าพเจ้า

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)

เรื่อง งานบริการทางเวชศาสตร์จีโนม

(ติดสติ๊กเกอร์ HN. ทุกหน้า)

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

HN.....Ward/OPD.....

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจาก นายแพทย์/แพทย์หญิง.....จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าว) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิ์ในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรืออายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม
(.....)

ผู้ป่วยมาคนเดียว
วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

ลงชื่อ.....ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม
(.....)

เกี่ยวข้องกับ บิดา มารดา ผู้ปกครอง อื่นๆ.....ของผู้ป่วย
วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย
(.....)

เกี่ยวข้องกับ บิดา มารดา ผู้ปกครอง อื่นๆ.....ของผู้ป่วย
วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
(.....) วันที่ (...../...../.....)

ตำแหน่ง.....