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

1. วัตถุประสงค์ของการตรวจทางพันธุกรรม (แพทย์ผู้ทำการรักษาได้ทำการอธิบายให้ผู้รับบริการรับทราบถึงวัตถุประสงค์แล้ว)
2. ข้อจำกัดของการตรวจทางพันธุกรรม
3. ระยะเวลาการเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจทางพันธุกรรมจะสิ้นสุดเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการทางห้องปฏิบัติการและบันทึกหลักฐานการวินิจฉัยไว้ในเวชระเบียน

ผู้แสดงเจตนามีเจตนาเพิ่มเติม ดังนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐)

1. ให้รายงานข้อมูลพันธุกรรมที่อาจตรวจพบโดยบังเอิญ (incidental findings) จากการตรวจทางพันธุกรรมที่แพทย์ส่งตรวจ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย	☐ ยินยอม	☐ ไม่ยินยอม
2. ให้ใช้ข้อมูลจากการตรวจโดยปกปิดตัวบุคคล เพื่อจัดทำรายงานทางการแพทย์ระดับโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเพื่อการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	☐ ยินยอม	☐ ไม่ยินยอม
3. ให้เก็บรักษาและใช้สิ่งส่งตรวที่เหลือจากการตรวจครั้งนี้โดยปกปิดตัวบุคคล เพื่อพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์และการวินิจฉัยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยระยะเวลาเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจทางพันธุกรรมในกรณีนี้จะสิ้นสุดเมื่อผู้แสดงเจตนาแจ้งถอนความยินยอม	☐ ยินยอม	☐ ไม่ยินยอม

การถอนความยินยอม :

ผู้แสดงเจตนาสามารถถอนความยินยอมกรณีให้ใช้ข้อมูลหรือให้เก็บรักษาและใช้สิ่งส่งตรวจที่เหลือได้ทุกเมื่อโดยแจ้งความประสงค์ได้ที่สำนักงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หนังสือฉบับนี้ถูกจัดทำขึ้นสองฉบับ โดยเก็บไว้ในระบบของโรงพยาบาลหนึ่งฉบับและให้ไว้ที่ผู้รับบริการหนึ่งฉบับ

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

วันที่ ..... เดือน ..... พศ. .....