



ใบแสดงเจตนายินยอมให้เก็บตัวอย่างเพื่อการตรวจทางเวชพันธุศาสตร์

ห้องปฏิบัติการอนุพันธุศาสตร์ ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี อนุญาตให้

นายแพทย์/แพทย์หญิง.....เก็บตัวอย่างตรวจ คือ.....จากข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยทางพันธุศาสตร์เกี่ยวกับโรคหรือกลุ่มอาการ.....ที่ข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกครอบครัวได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรคดังกล่าว ดังนี้

- วัตถุประสงค์ของการตรวจ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของยีนที่เป็นสาเหตุของโรค และ/หรือค้นคว้าหาความรู้ใหม่ทางพันธุศาสตร์ที่เกี่ยวกับโรค หรือกลุ่มอาการที่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัย ตลอดจนเพื่อการเลือกให้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัย
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคหรือความเสี่ยงต่อโรค การเป็นพาหะถ่ายทอดโรค รวมถึงความเสี่ยงต่อการแท้งยางชนิดหรือการตอบสนองต่อยาที่แตกต่างกันไป เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การยืนยันการวินิจฉัยโรค หรือการเป็นพาหะถ่ายทอดโรค ตลอดจนการเลือกให้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัย แพทย์สามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ศึกษาวิจัยเพื่อค้นคว้าหาสาเหตุหรือกลไกการเกิดโรครวมทั้งวิธีบำบัดรักษาต่อไป
- การตรวจดังกล่าวจะกระทำโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าต่อบุคคลอื่น ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาหรือการศึกษาวินิจฉัย เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้าก่อน
- การเก็บตัวอย่างตรวจนี้กระทำได้โดยการเจาะเลือดดำ (หรือโดยวิธีอื่นคือ.....) ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงคือ ความเจ็บปวด เลือดซึม หรือการติดเชื้อ ซึ่งเกิดได้น้อยมาก และถ้าหากเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้ทำหัตถการหรือแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์คนอื่นที่ได้รับมอบหมาย
- เมื่อตรวจเสร็จแล้วข้าพเจ้าอนุญาตให้แพทย์
 - เก็บรักษาสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าไว้ในระยะยาว และสามารถนำไปตรวจหรือทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมตามที่แพทย์เห็นควร หรือใช้เป็นตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบสำหรับการตรวจอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่ข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัย โดยไม่ระบุที่มาของสิ่งส่งตรวจจนทำให้ติดตามแหล่งที่มาได้ และไม่ต้องรายงานผลให้ข้าพเจ้าทราบ
 - เก็บรักษาสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าไว้ในระยะยาว และสามารถนำไปตรวจหรือทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมตามที่แพทย์เห็นควร หรือใช้เป็นตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบสำหรับการตรวจอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่ข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัย โดยไม่ระบุที่มาของสิ่งส่งตรวจจนทำให้ติดตามแหล่งที่มาได้ และรายงานผลให้ข้าพเจ้าทราบ
 - ทำลายสารพันธุกรรมของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้นำไปตรวจหรือทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม
- ถ้าหากมีผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะเลือก รับทราบผล หรือ ไม่รับทราบ ก็ได้
ในกรณีที่ข้าพเจ้าเลือกไม่รับทราบ ข้าพเจ้า อนุญาต หรือ ไม่อนุญาต ให้สมาชิกครอบครัวหรือบุคคลที่ข้าพเจ้ามอบหมาย รับทราบผลการตรวจของข้าพเจ้าโดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ
- ข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้าจะถูกเก็บไว้ในระบบที่มีการป้องกันการสูญหายหรือการเสียหายของข้อมูล ป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต และเก็บรักษาไว้ให้อยู่ในสภาพที่ตรวจสอบได้ ไม่น้อยกว่า 5 ปีนับแต่วันที่จัดทำ ระยะเวลาจัดเก็บข้อมูลคือเก็บไว้ในระยะยาวไม่มีกำหนด จนกว่าข้าพเจ้าจะขอยกเลิกการเก็บข้อมูลเมื่อใดก็ได้ โดยข้าพเจ้าสามารถแสดงความจำนงให้บุคคลที่ระบุไว้หรือทายาทโดยธรรมนำข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้าไปใช้ได้
- การตรวจสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าและสมาชิกครอบครัวข้าพเจ้า มีโอกาสที่จะพบว่าสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้าบางคน ไม่มีความเกี่ยวข้องทางสายญาติกับข้าพเจ้าหรือครอบครัวของข้าพเจ้า ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ไม่อยู่ภายใต้ข้อบังคับให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลในเอกสารให้ความยินยอมนี้ และได้มีโอกาสซักถามแพทย์จนเข้าใจ ข้าพเจ้าจึงลงนามไว้ข้างท้ายนี้เพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ
() หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (ระบุความเกี่ยวข้อง)

ลงชื่อ.....แพทย์หรือพยาบาล ผู้ขอความยินยอม
()

หมายเหตุ: หนังสือแสดงความยินยอมนี้ทำไว้ 2 ฉบับ

โดยให้เก็บไว้ที่ผู้ให้บริการ/ห้องปฏิบัติการอนุพันธุศาสตร์ 1 ฉบับ และให้เก็บไว้ที่ผู้รับบริการ/ผู้รับการตรวจ 1 ฉบับ