ศูนย์ความเป็นเลิศทางห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยระดับชีวโมเลกุลทางการแพทย์

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารคำยินยอมขอรับการตรวจทางเวชพันธุศาสตร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี

หมายเลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ เบอร์โทรศัพท์.....

ยินยอมให้เก็บตัวอย่างและรับการตรวจทางเวชพันธุศาสตร์ **ข้าพเจ้าได้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการตรวจ ดังนี้**

1.วัตถุประสงค์ของการตรวจ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของยีนที่เป็นสาเหตุของโรค และหรือค้นคว้าความรู้ใหม่ทางพันธุศาสตร์ที่เกี่ยวกับโรค หรือกลุ่มอาการ

2.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคหรือความเสี่ยงต่อโรค การเป็นพาหะถ่ายทอดโรค หรือการตอบสนองต่อยาที่แตกต่างกันออกไป เพื่อประโยชน์ในการประกอบการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การยืนยันการวินิจฉัยโรค ติดตามการักษา หรือการเป็นพาหะถ่ายทอดโรค ตลอดจนการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัย แพทย์สามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ศึกษาวิจัยเพื่อค้นคว้าหาสาเหตุหรือกลไกการเกิดโรคทั้งวิธีบำบัดรักษาต่อไป

3.การตรวจดังกล่าวจะกระทำโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าต่อบุคคลอื่น ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาหรือการศึกษาวิจัย เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้าก่อน

4.กรณีที่ต้องเก็บตัวอย่างด้วยการเจาะเก็บเลือดทางหลอดเลือดดำ หรือโดยวิธีอื่นคือ.....ซึ่งอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงคือ ความเจ็บปวด เลือดซึม หรือการติดเชื้อ ซึ่งเกิดขึ้นน้อยมากๆ และถ้าหากเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยแ พทย์ผู้ทำหัตถการหรือแพทย์และบุคคลากรทางการแพทย์คนอื่นที่ได้รับมอบหมาย

5.เมื่อการตรวจเสร็จสิ้นและข้าพเจ้าอนุญาตให้

☐ เก็บรักษาสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าไว้ไม่น้อยกว่า 1 ปีนับแต่วันที่มีการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่าง และสามารถนำไปตรวจหรือทำวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประโยชน์ ทางการแพทย์หรือทางวิทยาศาสตร์ตามที่เห็นสมควร <u>โดยไม่ระบุที่มาของสิ่งส่งตรวจทำให้ติดตามแหล่งที่มาได้</u> โดยข้าพเจ้าสามารถร้องขอให้มีการทำลายสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ

☐ ทำลายพันธุกรรมของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้นำไปตรวจหรือทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

6.ข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้าจะถูกเก็บไว้ในระบบที่มีการป้องกันการสูญหายหรือการเสียหายของข้อมูล ป้องกันการเข้าถึงโดยไม่ได้รับอนุญาต และเก็บรักษาไว้ให้อยู่สภาพที่ตรวจสอบได้ไม่น้อยกว่า 5 ปี นับแต่วันที่มีการจัดทำข้อมูล โดยข้าพเจ้าสามารถร้องขอให้มีการยกเลิกการเก็บข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ ข้าพเจ้าสามารถแสดงความจำนงให้บุคคลที่ระบุไว้หรือทายาทโดยธรรมนำข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้าไปใช้ได้

7.ห้องปฏิบัติการฯจะดำเนินการตรวจและจัดการในด้านขั้นตอนการทำงานในห้องปฏิบัติการ ส่วนแพทย์ที่ระบุในเอกสารนี้จะทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับความแปรผันทางพันธุกรรม (genetic variation) ที่ตรวจพบ ข้อมูลนัยสำคัญทางคลินิกของการแปรผันทางพันธุกรรมนั้นๆ

8.การตรวจนี้เป็นการตรวจด้วยเทคนิคที่มีประสิทธิภาพสูง ผลการตรวจรายงานได้ทั้ง ตรวจพบความผิดปกติ หรือผลคลุมเครือ (ขึ้นกับข้อมูลที่เคยมีการรายงานการศึกษามาก่อนหน้านี้) เนื่องมาจากข้อจำกัดของเทคนิคหรือของข้อมูลปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด การแปลผลกรณีนี้อาจจะต้องอาศัยผลตรวจอื่น หรือประวัติร่วมด้วย และมีการประเมินและการติดตามอาการต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลในเอกสารนี้ และมีโอกาสซักถามแพทย์/ผู้ให้ข้อมูล จนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงลงนามไว้ข้างท้ายเพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ

( ) หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ระบุความเกี่ยวข้อง

<u>สำหรับแพทย์ผู้สั่งตรวจ</u>

ข้าพเจ้าได้ชี้แจงข้อมูลและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการตรวจนี้ต่อผู้รับการตรวจแล้ว

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งตรวจ

( )