



C.ID : _____	Lab Code: _____
Receiver: _____	Date/Time: _____
SD1: _____	Date/Time: _____
SD2: _____	Date/Time: _____

Tel. +66 2419 2727
 Email: siriraj.genomics@gmail.com

ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช อาคารศูนย์วิจัยการแพทย์ศิริราช (SiMR) ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

ข้อมูลผู้ป่วย (Patient Information)			
คำนำหน้า*	ชื่อ-นามสกุล*	เชื้อชาติ (Ethnicity)	ว.ค.ป. เกิด* / อายุ*
HN*	เพศ* <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ที่อยู่	
รพ.*	Email (กรณีต้องการสำเนาใบรายงานผล)	รหัสไปรษณีย์	Tel.

ข้อมูลการรักษา (Patient History) - ข้อมูลการวินิจฉัยโรค (Please provide primary cancer diagnosis/disease status at time of testing)	
เหตุผลในการส่งตรวจ <input type="checkbox"/> Clinical service <input type="checkbox"/> Research <input type="checkbox"/> Other..... การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)*: Age of diagnosis..... <input type="checkbox"/> Breast cancer <input type="checkbox"/> TNBC <input type="checkbox"/> Bilateral breast cancer <input type="checkbox"/> Lobular breast cancer <input type="checkbox"/> Endometrial cancer <input type="checkbox"/> Ovarian / Fallopian tube/ Primary peritoneal cancer <input type="checkbox"/> Colorectal cancer <input type="checkbox"/> Gastric cancer <input type="checkbox"/> Pancreatic cancer <input type="checkbox"/> Prostate cancer (Gleason score.....) <input type="checkbox"/> Other.....	พงศาวลี (Pedigree) Family history of cancer..... Pathohistology/Tumor IHC abnormality/ MSI status ข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย (Patient billing information) <input type="checkbox"/> ชำราราชการ / เบิกจ่ายตรง <input type="checkbox"/> สปสช. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน (ประทับตรา)

ข้อมูลแพทย์ผู้ทำการรักษา (Treating Physician Information) - สำหรับการติดต่อและติดตามผลการรักษา (Please provide appropriate contact information for clinical follow-up)		
ชื่อ-นามสกุล*	รพ.	Email (กรณีต้องการใบรายงานผลทางอีเมล)

รายการทดสอบ (TEST MENU)	
รายการทดสอบ <input type="checkbox"/> Breast Cancer (BRCA1, BRCA2 สเปน.) /30 Days (332008, 332064) <input type="checkbox"/> HBOC Cancer Panel (including BRCA1, BRCA2) /30 Days (332064, 332098) <input type="checkbox"/> Colon Cancer Panel (including APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) /30 Days (332064, 332099) <input type="checkbox"/> Add-on: 1-30 genes /45 Days (332057) (+2,000) <input type="checkbox"/> Add-on: 31+ genes /45 Days (332057, 332080) (+7,000) <input type="checkbox"/> Familial Hypercholesterolemia Panel (APOB, LDLR, PCSK9) (332057, 332070, 332080) <input type="checkbox"/> Predictive testing (ยีนที่ขีดเส้นใต้ 27 ยีน) (332101) <input type="checkbox"/> Targeted Gene / Variant (SNV) (332057, 332064) Targeted Gene / Variant information (for.....) <input type="checkbox"/> Targeted Gene / Variant (CNV) (332070, 332080) Targeted Gene / Variant information (for.....) <input type="checkbox"/> DNA Extraction (332017)	Gene List APC, ATM, BARD1, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CDK4, CDKN2A, CHEK2, DICER1, EPCAM, FANCC, FH, FLCN, HOXB13, MAX, MEN1, MET, MLH1, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NBN, NF1, NTHL1, PALB2, PMS2, POLD1, POLE, PRKAR1A, PTEN, RAD50, RAD51C, RAD51D, RB1, RET, SCG5/GREM1, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SMAD4, STK11, TMEM127, TP53, VHL Add-on Gene List: ACD, AIP, AKT1, BAP1, BLM, CASR, CDC73, CDKN1B, CEBPA, CTRC, DDB2, DIS3L2, ERCC1, ERCC2, ERCC3, ERCC4, ERCC5, FAM175A, FANCA, FANCB, FANCD2, FANCE, FANCF, FANCG, FANCI, FANCL, FANCM, GALNT12, GATA2, GPC3, KIF1B, KIT, LZTR1, MITF, MRE11A, NF2, NSD1, PDGFRA, PHOX2B, PIK3CA, POT1, PTCH1, RAD51, RAD51B, RECQL4, RHBDF2, RINT1, RUNX1, SLX4, SMARCA4, SMARCB1, SMARCE1, SPINK1, SPRED1, SUFU, TERF2IP, TERT, TSC1, TSC2, WT1, XPA, XPC, XRCC2 (ใช้ปากกากรอกรายชื่อที่ต้องการตรวจเพิ่ม)

ชนิดสิ่งส่งตรวจ EDTA Blood (3-6 mL) / Other	สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ
วันที่เก็บตัวอย่าง*	จำนวนตัวอย่าง หลอด/ชิ้น ปริมาตร..... มล. สภาพตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ผ่าน
ผู้เก็บตัวอย่าง*	เหตุผลปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ..... <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน

คำแนะนำการส่งตัวอย่าง 1. คัดลอกแสดงรายละเอียดของผู้ป่วยให้ถูกต้องชัดเจนบนภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจ 2. ส่งตัวอย่างเลือกในวันทำการ ภายใน 24 ชั่วโมง (ไม่ต้องแช่เย็น)
 3. ส่งตัวอย่างเลือกวันทำการถัดไป สามารถเก็บรักษาตัวอย่างที่ ตู้เย็น 4°C (ไม่เกิน 1 สัปดาห์) 4. ห้ามแช่แข็งหลอดเลือด, ห้ามใช้ Heparin tube เนื่องจากไม่สามารถใช้ในการตรวจได้
 5. ส่งตัวอย่างเลือกผ่านทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS) ให้บรรจุหลอดเลือดในช่องกันกระแทกแต่ละหลอด ส่งที่อุณหภูมิห้อง หรือมี ice pack (ห้ามใช้น้ำแข็งแห้ง)

คำยินยอมและลงนาม (PHYSICIAN SIGNATURE AND CONSENT)		
My signature certifies that I have determined that the test(s) being ordered is medically necessary for the patient, certifies that the results of this test will inform the patient's ongoing treatment plan, and certifies that I am the patient's treating physician. I have explained to the patient the nature and purpose of the test(s) to be performed and have obtained informed consent, to the extent required under applicable law, to permit Siriraj Genomics, or any laboratory with which Siriraj Genomics has collaborated, to (a) perform the test(s) specified herein, (b) analyze and report on other genetic information generated during the testing process or conduct additional analyses of the patient's sample for future diagnostic or monitoring use, (c) retain the test results and tissues, cells, and genetic material, including DNA and RNA information generated during the testing process, for an indefinite period for internal quality assurance /operations purposes, (d) remove information that directly identifies the patient from the test results, tissues, cells, and genetic material, including DNA and RNA information generated during the testing process, and use or disclose such information and materials for future unspecified research or other purposes, and (e) release the test results and related patient information to the patient's third-party payer as needed for reimbursement purposes or required by law.		
ลายเซ็นแพทย์ (Signature)*	ชื่อ-นามสกุล แพทย์ ตัวบรรจง (Full Name)*	วันที่ (DD/MM/YYYY)*
*จำเป็นต้องกรอก (Required Field)		



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

หนังสือแสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม
หนังสือฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการแสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม
และแสดงเจตนาให้เก็บรวบรวมใช้ข้อมูลสุขภาพ
โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่ 2 ถนนวิสุทธิฯ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียด เข้าใจเนื้อหาและผลของการแสดงเจตนาครบถ้วน

ผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล : ชื่อสกุล HN วันเดือนปีเกิด อายุ ปี

ผู้แสดงเจตนาแทนผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล : ชื่อสกุล อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

แสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม
และใช้ข้อมูลจากการตรวจเพื่อประกอบการวางแผนการรักษา

ผู้แสดงเจตนาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจทางพันธุกรรม ดังนี้

- วัตถุประสงค์ของการตรวจทางพันธุกรรม
- ข้อจำกัดของการตรวจทางพันธุกรรม
- ระยะเวลาการเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจทางพันธุกรรมจะสิ้นสุดเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการทางห้องปฏิบัติการและบันทึกหลักฐานการวินิจฉัยไว้ในเวชระเบียน

ผู้แสดงเจตนามีเจตนาเพิ่มเติม ดังนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง)

1. ให้รายงานข้อมูลพันธุกรรมที่อาจตรวจพบโดยบังเอิญ (incidental findings) จากการตรวจทางพันธุกรรมที่แพทย์ส่งตรวจ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ยินยอม	<input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม
2. ให้ใช้ข้อมูลจากการตรวจโดยปกปิดตัวบุคคล เพื่อจัดทำรายงานทางการแพทย์ระดับโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเพื่อการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	<input type="checkbox"/> ยินยอม	<input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม
3. ให้เก็บรักษาและใช้สิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการตรวจครั้งนี้โดยปกปิดตัวบุคคล เพื่อพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์และการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยระยะเวลาเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจทางพันธุกรรมในกรณีนี้จะสิ้นสุดเมื่อผู้แสดงเจตนาแจ้งถอนความยินยอม	<input type="checkbox"/> ยินยอม	<input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม

การถอนความยินยอม :

ผู้แสดงเจตนาสามารถถอนความยินยอมกรณีให้ข้อมูลหรือให้เก็บรักษาและใช้สิ่งส่งตรวจที่เหลือได้ทุกเมื่อโดยแจ้งความประสงค์ได้ที่สำนักงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หนังสือฉบับนี้ถูกจัดทำขึ้นสองฉบับ โดยเก็บไว้ในระบบของโรงพยาบาลหนึ่งฉบับและให้ไว้ที่ผู้รับบริการหนึ่งฉบับ

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

วันที่ เดือน พศ

1890



หนังสือแสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม