

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน หัวหน้าศูนย์มะเร็ง

เนื่องด้วย ข้าพเจ้ารหัสบุคคล.....ตำแหน่ง.....

ประเภทบุคลากร ☐ อาจารย์แพทย์ ☐ อาจารย์พยาบาล ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล
☐ ผู้ช่วยพยาบาล ☐ นักศึกษา ☐ นักวิจัย ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ภาควิชา/หน่วยงาน/คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน

มีความประสงค์จะขอข้อมูล ☐ ผู้ป่วยใหม่ ☐ Follow up ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

โดยมีรายละเอียดดังนี้

เพื่อประโยชน์ในการ . ☐ งานวิจัย ☐ งานบริการ ☐ การเรียนการสอน ☐ บริหาร/พัฒนาคุณภาพ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

โปรดระบุรายละเอียด เช่น ตำแหน่ง (Topography) ผลชิ้นเนื้อ (Morphology) ระยะของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และข้อมูลอื่นๆให้ชัดเจน)

กรณีจำนวนผู้ป่วยให้นับเป็น ☐ คน ☐ ครั้ง/รายรูปแบบการรายงาน ☐ เอกสาร ☐ CD ☐ Handy Drive (ผู้ขอข้อมูลนำมาเอง)☐ มีความประสงค์จะนำไปเผยแพร่ภายนอกคณะ ☐ ไม่มีความประสงค์จะนำไปเผยแพร่ภายนอกคณะ ฯ

กำหนดรับข้อมูลวันที่ เดือน พ.ศ. โดยสามารถติดต่อได้ที่ (หน่วยงาน) โทรศัพท์

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อกำหนดในการขอข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้งานจากศูนย์มะเร็งแล้ว และตกลงปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวรวมถึงระเบียบ

ปฏิบัติของคณะฯ ทุกประการ

ความเห็นของหัวหน้าทะเบียนมะเร็ง

☐ เห็นชอบ ☐ ไม่เห็นชอบ☐ เรียน

(ลงชื่อ)

(.....)

วันที่ / /

สำหรับเจ้าหน้าที่

ผู้รับงาน

ผู้ปฏิบัติงาน

ประเภทงาน ☐ ง่าย ☐ ปานกลาง ☐ ยาก

เวลาในการดำเนินการนาที่

ข้อเสนอแนะ.....

สำหรับผู้รับรายงาน

ข้าพเจ้าได้รับรายงานข้อมูลแล้ว และจะปฏิบัติตามข้อกำหนดในการ

ขอข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้งานทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้รับรายงาน

วันที่ / /

ข้อตกลงของการขอข้อมูลศูนย์มะเร็ง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

- ข้อมูลทะเบียนมะเร็งจะเป็นข้อมูลที่เก็บโดยระบบ ICD-O ตาม WHO
- กรณีการขอข้อมูลที่เป็นความลับ (Hn , เลขที่บัตรประชาชน) วัตถุประสงค์เพื่อการวิจัย ให้ผู้บังคับบัญชาผู้ขอข้อมูล ลงลายมือชื่อรับรองการขอข้อมูล และให้แนบสำเนาเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- กรณีการขอข้อมูลที่เป็นความลับ (Hn , เลขที่บัตรประชาชน) วัตถุประสงค์ที่ไม่ใช่การวิจัย ให้ผู้บังคับบัญชาผู้ขอข้อมูล ลงลายมือชื่อรับรองการขอข้อมูลเท่านั้น
- ผู้ขอข้อมูลสามารถดูข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย(n, %, graph, table) ได้ที่ <http://canreg.ra.mahidol.ac.th/cancer/report/index.php> โดยไม่ต้องแนบเอกสารขอข้อมูล ติดต่อวิธีการดูข้อมูลที่ 02-201-0049 /02-201-2682
- ข้อมูลบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง คณะผู้ทำงานส่งต่อให้กับผู้ขอข้อมูลโดยตรงเท่านั้น หากมีการเปิดเผยไปยังบุคคลอื่น ให้ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้รับข้อมูล

ลงชื่อ).....ผู้ขอข้อมูล

(.....)

วันที่/...../.....

ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

วันที่/...../.....