



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Mahidol University

รหัสแผนก

คลินิก

HN _____

อายุ ปี เดือน วัน

วันเกิด

สิทธิการรักษา

11 พฤษภาคม

09:36:43 น.

PatientIdent. _____



หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการจัดเก็บชิ้นเนื้อแบบบูรณาการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

(Ramathibodi Tumor Biobank Informed Consent Form)

ข้าพเจ้าในฐานะ ผู้ป่วย ชื่อ.....

ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย ชื่อ.....

อายุ.....ถือบัตร ประจำตัวประชาชน ราชการ อื่นๆ

เลขที่..... โดยเกี่ยวข้องกับในฐานะเป็น.....ของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้มีโครงการจัดเก็บชิ้นเนื้อแบบบูรณาการจากผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาโรคมะเร็งกับคณะฯ เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาวิจัย พัฒนาการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงที่มาและรายละเอียดของโครงการฯ จากแพทย์/เจ้าหน้าที่ โดยละเอียดแล้วว่าจะมีการขอเก็บชิ้นเนื้อ สารคัดหลั่งหรือสิ่งส่งตรวจอื่นๆ รวมทั้งสารพันธุกรรมที่สกัดได้จากสิ่งส่งตรวจที่สงสัยว่าจะอาจจะเป็นมะเร็งของข้าพเจ้าในรูปแบบของการแช่แข็งเพื่อให้สามารถเก็บรักษาได้ในระยะยาว อีกทั้งข้าพเจ้าได้ทราบถึงประโยชน์ ความเสี่ยง ผลดี ผลเสีย รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนปราศจากข้อสงสัยเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการอย่างครบถ้วนชัดเจนแล้ว และข้าพเจ้าทราบว่าหากพบปัญหา หรือข้อสงสัยใดๆ ข้าพเจ้าสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์/เจ้าหน้าที่ของโครงการฯ ได้เสมอ

ข้าพเจ้ายินยอมให้โครงการฯ จัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บชิ้นเนื้อแบบบูรณาการของข้าพเจ้า แต่อย่างไรก็ดีโครงการฯ จะต้องเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยข้อมูลเฉพาะแต่ในรูปแบบการสรุปผลการศึกษาและการวิจัยเท่านั้น

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าสามารถแจ้งความประสงค์ขอยกเลิกเจตนาเข้าร่วมโครงการดังกล่าวได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาของข้าพเจ้าทั้งสิ้น และเมื่อข้าพเจ้าได้แจ้งความประสงค์ขอยกเลิกแล้วนั้น โครงการฯ จะต้องดำเนินการทำลายชิ้นเนื้อ สารคัดหลั่งหรือสิ่งส่งตรวจอื่นๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่เคยเก็บไว้ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งหนังสือแสดงเจตนายินยอมฉบับนี้จนเข้าใจโดยตลอดแล้ว จึงขอแสดงเจตนาเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการจัดเก็บชิ้นเนื้อแบบบูรณาการและลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ดังต่อไปนี้

การยินยอมเข้าร่วมโครงการจัดเก็บชิ้นเนื้อ	กรณีมีการทำวิจัยด้านพันธุกรรม
ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ยินยอมเข้าร่วมโครงการ <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ	ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ต้องการทราบผลการวิจัยรายบุคคลของข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการทราบผลการวิจัยรายบุคคลของข้าพเจ้า

ผู้ป่วยมาคนเดียว

ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์/เจ้าหน้าที่ รหัสบุคคล.....

ลงชื่อ

(.....)

พยาน (กรณีญาติระบอบุคคลสัมพันธ์)

(กรณีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้ระบุรหัสบุคคล)

ลงชื่อ

(.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล) รหัสบุคคล

คำอธิบายฟอร์ม

- กรณีผู้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ผู้ขอความยินยอมอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมโครงการลงนามรับทราบ ในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย "ผู้เข้าร่วมโครงการ หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำการจัดเก็บชิ้นเนื้อแบบบูรณาการของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผู้แสดงเจตนาให้ความยินยอม เพื่อเข้าร่วมโครงการต้องเป็นผู้ป่วย เว้นแต่กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาเองได้ เช่น หมดสติ ให้ บุพการี คู่สมรส ผู้สืบสันดาน ญาติ เป็นต้นเป็นผู้ให้ความยินยอมแทน ในกรณีผู้เยาว์อายุน้อยกว่า 18 ปี ผู้ฉกรรจ์หรือผู้บกพร่องทางจิต ให้ บุพการี ญาติ ผู้ดูแล หรือ ผู้ดูแลเป็นผู้ให้ความยินยอมแทน
- แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ลงนามในส่วนแพทย์/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
- หากผู้ป่วยมาคนเดียว หรือผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยมาคนเดียว ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลงนามเป็นพยานให้ครบสองคน