



ศูนย์จีโนมทางการแพทย์

CENTER FOR MEDICAL GENOMICS

ชั้น 3 ศูนย์บริการทางการแพทย์ โรงเรียนเวรดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
108 ถนนประดิพัทธ์ แขวงสามเสนใน
เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
064-620-7399, 064-585-0928 (เบอร์ภายใน 74077)
Line@: @CMGRAMA facebook.com/CMGRama

11747 Hereditary Cancer Screening Panel (49 genes)

APC ATM BARD1 BMPR1A BRCA1 BRCA2 BRIP1 CDH1 CDK4 CDKN2A CHEK2 ELAC2 EPCAM FANCC FH HOXB13 MC1R
MEN1 MLH1 MRE11 MSH2 MSH6 MUTYH NBN NF1 NF2 PALB2 PMS2 POLD1 POLE PTEN PTPN11 RAD51 RAD51C RAD51D
RB1 RET SDHA SDHAF2 SDHB SDHC SDHD SMAD4 STK11 TP53 TSC1 TSC2 VHL WT1

Recommended for individuals who:

- Have been diagnosed with cancer at an unusually young age (typically under 50)
- Have multiple primary cancers or bilateral cancers
- Have multiple relatives with the same type or related types of cancer
- Have a family history of cancer across multiple generations
- Belong to populations with founder mutations (e.g., Ashkenazi Jewish ancestry)
- Have rare cancers or unusual cancer presentations
- Have had multiple colon polyps (>10 cumulative)

Important Considerations and Disclaimer:

- A negative result DOES NOT eliminate the risk of developing cancer
- Not all cancer-predisposing genes are included in this panel
- Some genetic variants may be classified as variants of uncertain significance (VUS)
- Results may have implications for family members
- Test results may impact insurance coverage or employment (where applicable)
- Some findings may indicate risk for conditions beyond cancer
- Technical limitations may prevent detection of some genetic changes

Patient Information

Full Name:

HN:

Date of Birth:

Age:

Sex:

☐ Male

☐ Female

Ethnicity:

Ordering Physician Information

Physician Name:

License No:

Institution:

Phone:

Email:

Personal Cancer History (check all that apply):

- ☐ Breast Cancer (Dx Age: _____)
- ☐ Ovarian Cancer (Dx Age: _____)
- ☐ Colorectal Cancer (Dx Age: _____)
- ☐ Prostate Cancer (Dx Age: _____)
- ☐ Other Cancer(s) (specify type and age): _____ (Dx Age: _____)
- ☐ Unaffected (please provide indications for testing and family history)

Testing Criteria (check all that apply):

- ☐ Early age of onset (<50 years)
- ☐ Multiple primary cancers
- ☐ Multiple affected family members
- ☐ Rare cancer type
- ☐ Ashkenazi Jewish ancestry
- ☐ Multiple colon polyps (>10)
- ☐ Other (specify): _____

FAMILY'S HISTORY / PEDIGREE / INDICATIONS:

Previous Genetic Testing

Has patient had previous genetic testing?

☐ Yes ☐ No

If yes, specify test and result: _____

Physician's Statement

I confirm that this patient has been informed about the benefits, risks, and limitations of this genetic test and has given consent for testing. I have provided appropriate pre-test genetic counseling.

Physician's Signature: _____ Date: ____/____/____

Specimen Information

Sample Type: ☐ Peripheral Blood (EDTA)

☐ Other (specify): _____

Collection Date: ____/____/____

Time: ____:____:____

*** For CMG Laboratory Use Only ***

Received Date: _____

Time: ____:____:____

Received by: _____

LAB ID: _____



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้ารับการตรวจ Hereditary Cancer Screening Panel (49 genes)		
ข้าพเจ้าชื่อ _____	นามสกุล _____	วันเดือนปีเกิด _____
(หรือเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยชื่อ _____)	นามสกุล _____	วันเดือนปีเกิด _____
ได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นดังต่อไปนี้		
หัวข้อ	☒ เพื่อรับทราบ	
ข้าพเจ้าเข้าใจว่าจะใช้ตัวอย่างเลือด หรือชิ้นส่วนทางชีวภาพ เพื่อค้นหาการกลายพันธุ์ที่ก่อโรคในยีนที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งทั้งหมด 49 ยีนด้วยวิธีการ Next Generation Sequencing เพื่อให้ข้าพเจ้าทราบถึงความเสี่ยงหรือการวินิจฉัยโรคมะเร็งชนิดพันธุกรรม	☐	
ผลการตรวจพันธุกรรมนี้ขึ้นอยู่กับความถูกต้องของข้อมูลในปัจจุบัน ดังนั้นผลการตรวจอาจเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต	☐	
ผลการตรวจของข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม	☐	
ผลการตรวจอาจมีความเป็นไปได้หลากหลายเช่น ตรวจพบ ตรวจไม่พบ หรือพบการกลายพันธุ์ที่ยังไม่ทราบความสำคัญ ทั้งหมดนี้อาจส่งผลต่อตัวข้าพเจ้า และอาจจะรวมถึงครอบครัวของข้าพเจ้า	☐	
การที่ผลตรวจเป็นบวกหรือพบการกลายพันธุ์ที่ก่อโรค ไม่ได้หมายความว่าเป็นการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เพียงแต่ข้าพเจ้ามีโอกาสสูงขึ้นที่จะเป็นโรคมะเร็งกว่าคนทั่วไป ข้าพเจ้ายังต้องได้รับการให้คำปรึกษาแนะนำที่ถูกต้อง เกี่ยวกับผลดังกล่าว จากแพทย์ผู้ดูแล หรือผู้เชี่ยวชาญด้านพันธุศาสตร์ เพื่อหาทางป้องกันหรือเตรียมตัวเพื่อลดโอกาสการเกิดโรคมะเร็ง นอกจากนี้มีโอกาสราว 1 ใน 2 ที่ญาติสายตรง เช่น บุตร บิดา มารดา หรือพี่น้องจะมีการกลายพันธุ์ที่ก่อโรคแบบเดียวกับข้าพเจ้า	☐	
การที่ผลตรวจเป็นลบหรือไม่พบการกลายพันธุ์ ไม่ได้หมายความว่าข้าพเจ้าไม่เป็นโรคมะเร็ง เนื่องจากโรคมะเร็งสามารถเกิดได้จากปัจจัยอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม หรือการกลายพันธุ์ที่ไม่ได้ครอบคลุมในยีนกลุ่มที่ตรวจ หรือ ข้อมูลยังไม่ได้ตัดสินว่าตำแหน่งนี้เป็นการกลายพันธุ์ที่ก่อโรคในช่วงเวลาที่ตรวจ ข้าพเจ้ายังต้องได้รับการให้คำปรึกษาแนะนำที่ถูกต้อง เกี่ยวกับผลดังกล่าว จากแพทย์ผู้ดูแล หรือผู้เชี่ยวชาญด้านพันธุศาสตร์	☐	
ผลการตรวจอาจพบ "การกลายพันธุ์ที่ยังไม่ทราบความสำคัญ" หมายความว่า การกลายพันธุ์นี้ยังไม่สามารถเข้าใจได้โดยอาศัยความรู้ในปัจจุบัน	☐	
ผลตรวจทางพันธุกรรมอาจส่งผลต่อการทำประกันสุขภาพ หรือการทำประกันชีวิต	☐	
ตัวอย่างของข้าพเจ้าอาจจะต้องผ่านการทดสอบทางพันธุกรรมอื่นๆเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถสรุปผลได้	☐	
การตรวจพันธุกรรมอาจจะเปิดเผยความเสี่ยงโรคทางพันธุกรรมอื่นที่นอกเหนือจากข้อบ่งชี้	☐	
การตรวจพันธุกรรมมีได้ทั้งผลบวกและ ผลลบลง เนื่องจากผลการตรวจนี้ยังมีข้อจำกัด อีกทั้งปัจจัยอื่นๆที่สามารถรบกวนผลการตรวจ ได้แก่ การปลูกถ่ายไขกระดูก การให้เลือด (Blood transfusion) และภาวะมะเร็งในเม็ดเลือดของผู้ป่วย หรือความคลาดเคลื่อนของประวัติครอบครัว เป็นต้น	☐	
ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับ เหตุผลในการตรวจ ประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้น ผลที่ตามมา และข้อจำกัดของการตรวจ ในลักษณะที่ข้าพเจ้าเข้าใจ ข้าพเจ้าได้มีโอกาสถามคำถาม และได้รับคำอธิบายชี้แจงในเรื่องที่ข้าพเจ้ากังวล จนพึงพอใจ	☐	
ผลการตรวจพันธุกรรมของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะได้รับการเปิดเผยเมื่อได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าหรือตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น	☐	
หลังจากเสร็จสิ้นการตรวจ ตัวอย่างทางชีวภาพที่เหลืออยู่และข้อมูลทางพันธุกรรม จะถูกจัดเก็บที่ ศูนย์จีโนมฯ ในรูปแบบที่ไม่ระบุตัวตนเพื่อการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ	☐	
ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยผลตรวจพันธุกรรมของข้าพเจ้าแก่แพทย์และผู้เกี่ยวข้องต่อการรักษาญาติทางสายพันธุ์ของ ข้าพเจ้า (ญาติทางสายพันธุ์หมายถึง ผู้ที่มีสายเลือดเดียวกันเช่น พี่ น้อง พ่อ แม่ ลุง ป้า น้า อา ลูก และ หลาน) ทั้งนี้ ข้อมูลทางพันธุกรรมสามารถใช้และเปิดเผยได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอม ในกรณีเพื่อลดหรือป้องกันความเสี่ยงร้ายแรงต่อชีวิต สุขภาพหรือความปลอดภัยของญาติทางสายพันธุ์ หรือในกรณีที่จำเป็นต้องเปิดเผยตามกฎหมาย	☐ ยินยอมให้เปิดเผย ☐ ไม่ยินยอมให้เปิดเผย	
หากข้าพเจ้าไม่สามารถติดต่อได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยผลตรวจพันธุกรรมแก่บุคคลด้านล่างนี้		
ชื่อ _____ เบอร์ติดต่อ _____ เกี่ยวข้องเป็น _____		
ข้าพเจ้าได้รับการชี้แจงและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจพันธุกรรมข้างต้น จากผู้ให้บริการอย่างครบถ้วนแล้ว และข้าพเจ้ายินยอมรับการตรวจ Hereditary Cancer Screening Panel (49 genes)		
ลงชื่อผู้ให้คำปรึกษา _____ ลงชื่อผู้รับคำปรึกษา _____ ลงชื่อพยาน _____		