



เอกสารแสดงความยินยอมในการเผยแพร่ภาพและ/หรือข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย
คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ชื่อผู้ป่วย:

การให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า.....[ชื่อ นามสกุล ตัวบรรจง]
ยินยอมให้ใช้ข้อมูลเกี่ยวข้าพเจ้า/ผู้ป่วย. ในการรายงานในวารสารทางการแพทย์/ตำรา/หนังสือได้ โดยผู้ขอความ
ยินยอม คือ นพ/พญ.....สังกัด.....

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้า (กรุณาทำเครื่องหมายเลือกช่องต่าง ๆ เพื่อยืนยัน)

- ☐ ได้ดูรูปภาพ/วิดีโอ(หากมี) รับทราบข้อความหรือข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับข้าพเจ้า/ผู้ป่วยแล้ว
- ☐ ได้รับทราบรายละเอียดที่จะมีการรายงาน/ตีพิมพ์ ในวารสารทางการแพทย์/ตำรา/หนังสือ โดยไม่มีการ
ระบุ ชื่อ-สกุล ของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย แล้ว
- ☐ รับทราบสิทธิตามกฎหมายที่จะให้ หรือ ไม่ให้ความยินยอมนี้ว่า ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับ

ข้าพเจ้าเข้าใจในเรื่องดังต่อไปนี้:

- 1) ข้อมูลดังกล่าวจะได้รับการเผยแพร่ โดยไม่มีชื่อ-สกุล ของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย อย่างไรก็ตามข้าพเจ้าเข้าใจว่าแพทย์ผู้ขอ
ความยินยอมไม่สามารถรับรองการเก็บรักษาเป็นความลับได้ทั้งหมด อาจเป็นไปได้ว่าอาจมีบางคนจดจำข้าพเจ้า/
ผู้ป่วยได้ ตัวอย่างเช่น บุคคลที่ให้การดูแลข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ผู้ป่วยคนอื่น หรือญาติ
- 2) ข้อมูลอาจแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับภาวะทางการแพทย์หรืออาการป่วยของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย และการพยากรณ์โรค
การรักษา หรือการผ่าตัดที่ข้าพเจ้า/ผู้ป่วยมี เคยมี หรืออาจมีในอนาคต

- 3) บทความดังกล่าว (รวมถึงรูปภาพ/วิดีโอ) อาจได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร/ตำรา/หนังสือ ที่เผยแพร่ไปทั่วโลก สามารถสืบค้นได้ทางอินเทอร์เน็ต และจะคงอยู่ตลอดไป หลัก ๆ แล้วผู้อ่านได้แก่ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ แต่ยังมีบุคคลอื่น ๆ อีกได้แก่ นักวิชาการ นักศึกษาหรือนักข่าว
- 4) บทความ รวมทั้งข้อมูลดังกล่าวหลังการตีพิมพ์เผยแพร่ อาจอยู่ในข่าวประชาสัมพันธ์ หนังสือพิมพ์ และอาจมีการแชร์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก ทวิตเตอร์) และอาจมีเผยแพร่ในเว็บไซต์อื่น ๆ ด้วยเช่นกัน
- 5) ข้าพเจ้า/ผู้ป่วยจะไม่ได้รับประโยชน์ทางการเงินใด ๆ จากการตีพิมพ์ในวารสาร/ตำรา/หนังสือ ดังกล่าว
- 6) ข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนความยินยอมของข้าพเจ้าเมื่อใดก็ได้ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่ แต่เมื่อบทความดังกล่าวได้รับเข้าสู่กระบวนการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว จะไม่สามารถเพิกถอนความยินยอมได้
- 7) เอกสารแสดงความยินยอมฉบับนี้จะได้รับการเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและเป็นความลับ โดยเป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ลงนาม:	ชื่อตัวบรรจง:
--------	---------------

หากลงนามในนามของผู้ป่วย กรุณาระบุเหตุผลว่าเพราะเหตุใดผู้ป่วยจึงไม่ให้ความยินยอมด้วยตนเอง (เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือมีความบกพร่องในการรับรู้หรือสติปัญญา).....

โดยผู้ลงนามแทนมีความสัมพันธ์เป็น.....กับผู้ป่วย

วันที่:.....

หากผู้ป่วยเป็นเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป แต่น้อยกว่า 18 ปี จะต้องให้ความยินยอมด้วยตนเองด้วย:	
ลงนาม:	ชื่อเด็กตัวบรรจง:
วันเดือนปีเกิด :	วันที่:

บุคคลที่ได้อธิบายและให้เอกสารแสดงความยินยอมฉบับนี้แก่ผู้ป่วยหรือตัวแทน	
ลงนาม:	ชื่อตัวบรรจง:
ตำแหน่ง:	
หน่วยงาน:	
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	
	วันที่: