

Informed Consent for Genetic Testing

ใบแสดงความยินยอมการส่งตรวจทางเวชพันธุศาสตร์

I Mr./Mrs./Ms.....(name-last name),
the legal guardian of.....(name-last name). I have been
explained to my satisfaction about..... (disease/condition) and
hereby consent to participate in genetic testing for the aforementioned disease/condition.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล)
มีความสัมพันธ์เป็น.....ของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล)
ได้รับทราบข้อมูลในเกี่ยวกับโรคหรือกลุ่มอาการ.....จนเป็นที่เข้าใจแล้ว
ข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับการส่งตรวจ
เพิ่มเติมทางเวชพันธุศาสตร์โดยสมัครใจ

The purpose of genetic testing is to determine if I and/or member(s) of my family carry the mutation causing the disease/condition. Identifying causative mutations may lead to a better understanding of the disease mechanisms or development of treatment strategies.

การตรวจทางเวชพันธุศาสตร์มีวัตถุประสงค์ในการค้นหาความผิดปกติทางพันธุกรรมในยีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือกลุ่มอาการที่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัย และ/หรือเพื่อศึกษาสาเหตุ กลไกการเกิดโรค รวมถึงแนวทางการรักษาต่อไป

I understand that less than 5 ml of blood will be obtained from me and/or member(s) of my family. The side effects of blood sampling include mild pain, bleeding, bruising, and rarely, infection at the site of needle insertion. Medical personnel will take care of me/my family member(s), if side effects should occur.

ข้าพเจ้าทราบว่าจะมีการเจาะเลือด ไม่เกิน 5 ซีซี (1 ช้อนชา) ซึ่งมีผลข้างเคียงคือ เจ็บ เลือดออก หรือมีการติดเชื้อ (พบได้น้อยมาก) ซึ่งหากเกิดอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัวจะได้รับการรักษาพยาบาลจากบุคลากรทางการแพทย์

My and/or my family member's personal identity will only be disclosed to those who are involved in genetic testing or medical care. Clinical data such as genetic information, photographs, may be used for purposes of teachings, for publication in medical textbooks or journals or for academic reasons without the identifying information.

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ข้อมูลทางคลินิกได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์หรือมีการนำไปใช้ด้วยเหตุผลทางวิชาการ ชื่อและที่อยู่ของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว จะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 964162
วันที่รับรอง : 10 ส.ค. 2564

The Information may be published in a journal that is distributed worldwide. Such journals are mainly intended for doctors, but may be seen by nondoctors, including journalists. The Information may be placed on a journal website on the Internet.

ข้อมูลของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว อาจได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารทางการแพทย์ทั่วโลก ซึ่งผู้อ่านอาจรวมถึงแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งรวมถึง นักวารสารศาสตร์ บรรณาธิการ ผู้เกี่ยวข้องกับการตีพิมพ์ ข้อมูลของข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัว อาจได้รับการตีพิมพ์ลงในเว็บไซต์ของวารสารทางการแพทย์

If the research output leads to innovations, I am pleased to give the ownership of the intellectual property to Chulalongkorn University.

หากผลจากการทำวิจัยสามารถนำไปต่อยอดจนเกิดนวัตกรรม ข้าพเจ้ายินดีให้จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นเจ้าของทรัพย์สินทางปัญญาเหล่านั้น

I can revoke the consent at any time prior to publication. However, if the Information has been committed to publication (“gone to press”), it will not be possible to revoke the consent.

ข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนคำยินยอมได้เสมอ โดยสามารถกระทำก่อนที่ข้อมูลของข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัวจะได้รับการตีพิมพ์ หรือเผยแพร่ในวารสารทางการแพทย์

My DNA sequence will be incorporated into a DNA database and be presented in aggregate with many others. My identity will not be identified.

ข้อมูลลำดับสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าจะได้รับการเก็บในฐานข้อมูลซึ่งประกอบด้วยข้อมูลของบุคคลเป็นจำนวนมาก โดยไม่สามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้าได้

I allow do not allow my and/or my family member’s biological sample to be retained by the laboratory for further studies.

ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เก็บสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัวไว้เพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคต

In certain genetic testing (exome or genome sequencing), there is a potential for the recognition of incidental findings unrelated to the indication for ordering the tests but may be of medical value for my and/or my family member’s medical care.

I choose to choose not to be informed about those findings.

การตรวจหาการกลายพันธุ์โดยการหาลำดับเบสทั่วเอ็กโซมหรือจีโนม อาจพบการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหรือภาวะที่ส่งตรวจโดยบังเอิญ แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว

ข้าพเจ้า ต้องการ ไม่ต้องการ ทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่พบนั้น ๆ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 264 162
วันที่รับรอง : 10 ส.ค. 2564

Genetic testing may inadvertently reveal non-paternity or previously unknown information about family relationships such as adoption. Revelation of such information to the family is not obligatory.

การตรวจสอบสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว มีโอกาสที่จะพบว่าสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้าบางคนไม่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดกับข้าพเจ้า ในกรณีดังกล่าว แพทย์ไม่อยู่ภายใต้ข้อบังคับให้เปิดเผยข้อมูลแก่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้า

ผู้ยินยอม หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (Patient/Legal guardian).....

(.....)

วันที่ (Date).....(DD/MM/YY)

แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา (Physician).....

(.....)

วันที่ (Date)(DD/MM/YY)

พยาน (Witness).....

(.....)

วันที่ (Date)(DD/MM/YY)

