



การวิจัยเรื่อง การศึกษาลักษณะอาการ ผลตรวจทางพันธุศาสตร์ และผลการรักษาของผู้ป่วยที่เป็นโรคสะสูไกลโคเจนในเด็กไทย

วันให้คำยินยอม:

ข้าพเจ้า

ที่อยู่.....37.....

เอกสารข้อมูล

.....ได้อ่านรายละเอียดจาก  
2565 และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม

โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือ จากรายห์ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้จะไม่ได้รับค่าชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

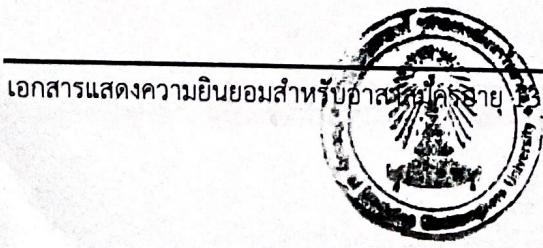
ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจuryธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกผลที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ ให้ทำการเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ทราบกว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยซึ่ง จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลง นามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้



คณะกรรมการพิจารณาจuryธรรมการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<18 ปี

ฉบับที่ 1.0 วันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2565

หมายเลขโทรศัพท์ 0678 165

วันที่รับรอง: 13 ม.ค. 2566



.....ลงนามอาสาสมัครผู้ให้ความยินยอม

(..... ๐.๑ ..... ) ชื่ออาสาสมัครผู้ยินยอมตัวบุรุษ

วันที่ ๑๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

ย

(..... ๙ ..... ) ชื่ออาสาสมัครผู้ยินยอมตัวบุรุษ

วันที่ ๑๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



คณะกรรมการพิจารณาจดหมายรัฐธรรมนูญ  
คณะกรรมการแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเหตุโครงการ ...

วันที่รับรอง : .....

G 2301783

**Informed Consent for Genetic Testing**  
**ใบแสดงความยินยอมการส่งตรวจทางเวชพันธุศาสตร์**

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว.....  
 มีความสัมพันธ์เป็น แม่/ลูก ..... ของ อ.ช. ....  
 ได้รับทราบข้อมูลในเกี่ยวกับโรคสะสูนไกค  
 ข้าพเจ้ายินยอมให้ อ.ช./ค.ญ./นาย/นรา/น  
 เพิ่มเติมทางเวชพันธุศาสตร์โดยสมัครใจ

.....(ชื่อ-นามสกุล)

.....(ชื่อ-นามสกุล)

.....ได้รับการส่งตรวจ

การตรวจทางเวชพันธุศาสตร์มีวัตถุประสงค์ในการค้นหาความผิดปกติทางพันธุกรรมในยืนที่เกี่ยวกับโรค เพื่อศึกษาสาเหตุ กลไก การเกิดโรค รวมถึงแนวทางการรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าทราบว่าจะมีการเจาะเลือด ไม่เกิน 3 ซีซี ซึ่งมีผลลัพธ์ทางเครื่องคือ เจ็บ เลือดออก หรือมี การติดเชื้อ (พบได้น้อยมาก) ซึ่งหาก เกิดอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัวจะได้รับการรักษาพยาบาลจากบุคลากรทางการแพทย์

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว จะได้รับการปกปิดและจะไม่ เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ข้อมูลทางคดีนิยมได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์หรือมีการนำรูปไปใช้ด้วยเหตุผลทางวิชาการ ซึ่งและที่อยู่ของข้าพเจ้าและ/ หรือสมาชิกในครอบครัว จะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ

ข้อมูลของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว อาจได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารทางการแพทย์ทั่วโลกซึ่งผู้อ่านอาจรวมถึงแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งรวมถึง นักวารสารศาสตร์ บรรณาธิการ ผู้เกี่ยวข้องกับการตีพิมพ์ ข้อมูลของ ข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัว อาจได้รับการตีพิมพ์ลงในเว็บไซต์ของวารสารทางการแพทย์

หากผลจากการทำวิจัยสามารถนำไปต่อยอดจนเกิดนวัตกรรม ข้าพเจ้ายินดีให้จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นเจ้าของทรัพย์สินทาง ปัญญาเหล่านั้น

ข้าพเจ้าสามารถพิกล้อนคำยินยอมได้เสมอ โดยสามารถกระทำการก่อนที่ข้อมูลของข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัวจะได้รับการตีพิมพ์ หรือเผยแพร่ในวารสารทางการแพทย์

ข้อมูลลำดับสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าจะได้รับการเก็บในฐานข้อมูลซึ่งประกอบด้วยข้อมูลของบุคคลเป็นจำนวนมาก โดยไม่ สามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้า  ยินยอม  ไม่ยินยอม ให้เก็บสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัวไว้เพื่อการศึกษาวิจัยใน อนาคต

การตรวจทางการแพทย์โดยการหาลำดับเบสทั่วเอ็กโซมหรือจีโนม ย่างพบการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรค หรือภาวะที่ส่งตรวจโดยบังเอิญ แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว

ข้าพเจ้า  ต้องการ  ไม่ต้องการ ทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่พบนั้น ๆ

การตรวจสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว มีโอกาสที่จะพบว่าสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้าบางคนไม่นี้ ความเกี่ยวข้องทางสายเลือดกับข้าพเจ้า ในกรณีดังกล่าว 医師ไม่อยู่ภายใต้ข้อบังคับให้เปิดเผยข้อมูลแก่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัวของ ข้าพเจ้า



หน่วยงานการบริการฯ จังหวัดธรรมการวิจัย	
แพทย์แหกกายศัลศร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
หมายเลขอุตสาหกรรม 0678 165	
วันที่รับรอง : 13 ม.ค. 2566	

ผู้ยินยอม หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (Patient/Legal guardian)

.....  
(.....)  
วันที่ (Date)

แพทย์ทำการตรวจรักษา (Physician)

.....  
(.....)  
วันที่ (Date)

พยาน (Witness)

.....  
(.....)  
วันที่ (Date)



คณะกรรมการบริหารมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
หมายเลขอุปกรณ์ 0678 165
วันที่รับรอง : 13 ม.ค. 2566



การวิจัยเรื่อง การศึกษาลักษณะอาการ ผลตรวจทางพันธุศาสตร์ และผลการรักษาของผู้ป่วยเป็นโรคสมไกโภเงินในเด็ก

วันให้คำยินยอม วัน

ข้าพเจ้า น

ผู้ปกครอง) ที่อยู่....3.

ชั่ง..... กก.

ค่าอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ

นรสสาว .....

กม.

คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ

นรสสาว .....

กม.

...(ผู้แทนโดยชอบธรรม/

ต.ช./ต.ญ./นาย/นางสาว

จะเอียงจากเอกสารข้อมูล

ยื่นให้ ต.ช./ต.ญ./นาย/

นางสาว .....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวัย)

เข้าร่วมในโครงการวิจัย

โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก  
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้ง  
ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถาม  
ข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว เด็กในการดูแลของข้าพเจ้าจะได้รับการ  
รักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้จะไม่ได้รับค่าชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้า  
ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่เด็กในการดูแลของข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของเด็กในการดูแลของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ  
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจารย์ธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับ  
อนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของเด็กในการดูแลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบ  
ความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการทดลองที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูล  
ประวัติทางการแพทย์ของเด็กในการดูแลของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ  
ให้ทำการวิจัยและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบหั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวเด็กในการดูแลของข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของเด็กในการดูแลของข้าพเจ้าและสามารถ  
ยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ทราบมากว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของเด็กในการดูแลของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยซึ่ง  
จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์





และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านแก๊ซ  
กําเนฯ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้เด็กในการดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมในการ  
วิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจ  
เกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตาม  
นามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....



คณะกรรมการพิจารณาจารย์ธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเหตุโครงการ 0678 165
วันที่รับรอง : 13 ม.ค. 2566



การวิจัยเรื่อง การศึกษาลักษณะอาการ ผลตรวจทางพันธุศาสตร์ และผลการรักษาของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมไกโกลโคเจนในเด็กไทย  
วันให้คำยินยอม วันที่...19.....เดือน....มกราคม.....พ.ศ. 2566

ด.ญ./.....) ตัดสินใจเข้าร่วม / อนุญาตให้บุตรของข้าพเจ้า (ด.ช./  
.....) เรื่องเรื่อง การศึกษาลักษณะอาการ ผลตรวจทางพันธุศาสตร์  
และผลการรักษาของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมไกโกลโคเจนในเด็กไทย ซึ่งจะมีการเก็บรักษา ข้อมูลดีเอ็นเอ (DNA) และอาร์เอ็นเอ (RNA) ไว้  
เพื่อการวิจัยในอนาคต

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการเก็บรักษาดังกล่าวแล้ว และข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามและได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว  
ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลในเอกสารข้อมูลอย่างถี่ถ้วนและได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจยินยอม  
ให้ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลดีเอ็นเอ (DNA) และอาร์เอ็นเอ (RNA) ไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้าพเจ้าสามารถปฏิเสธการให้มีการเก็บรักษาข้อมูลดีเอ็นเอ (DNA) และอาร์เอ็นเอ (RNA) ได้โดยอิสระ โดยไม่มี  
ผลกระทบต่อการดูแลรักษา สิทธิที่ข้าพเจ้า / สิทธิที่บุตรของข้าพเจ้า พึงมี หรือการเข้าร่วมการวิจัยทางคลินิกแต่อย่างใด อีกทั้งข้าพเจ้า  
ยังสามารถเปลี่ยนการตัดสินใจได้ในภายหลัง

โดยการลงนามนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิใดๆ ที่ข้าพเจ้าหรือบุตรของข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย และหลังจากลงนามแล้วข้าพเจ้าจะได้รับ  
เอกสารข้อมูลและความยินยอมไว้จำนวน 1 ชุด

.....) ยินยอมให้ความยินยอม

.....) ยินยอมตัวบรรจง

.....) ยินยอมให้ความยินยอม

.....) ยินยอมให้ความยินยอม ตัวบรรจง





คำรับรองของพยานผู้ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านร่วมในกระบวนการขอความยินยอมและยืนยันว่า ผู้ขอความยินยอมได้อ่าน/อธิบายเอกสารข้อมูลให้แก่ ..... ซึ่งผู้มีเชื้อชาตินี้มีโอกาสสักถามข้อสงสัยต่างๆและได้ให้ความยินยอมโดยอิสระในการให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลดีเอ็นเอ (DNA) และอาร์เอ็นเอ (RNA) ไว้สำหรับการวิจัยอื่นในอนาคต หลังจากรับทราบข้อมูลที่มีอยู่ตรงตามที่ปรากฏในเอกสารนี้แล้ว

..... ..ลงนามพยาน  
(.....) ..... ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .. ..... b ..



คณะกรรมการพิจารณาจuryธรรมการวิจัย  
คอมเพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
หมายเลขอր筷 0678 / 65  
วันที่รับรอง : 13 ม.ค. 2566



**Informed Consent for Genetic Testing**  
**ใบแสดงความยินยอมการส่งตรวจทางเวชพันธุศาสตร์**

G 2101409

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.

มีค  
ได  
ข้า  
เพิ่มเติมที่ลงนามที่ด้านหลังเอกสารนี้

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.

การตรวจทางเวชพันธุศาสตร์มีวัตถุประสงค์ในการค้นหาความผิดปกติทางพันธุกรรมในยืนที่เกี่ยวกับโรค หรือกลุ่มอาการที่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัย และ/หรือเพื่อศึกษาสาเหตุ กลไก การเกิดโรค 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 ข้อนชา) ซึ่งมีผลข้างเคียงคือ เจ็บ เลือดออก หรือมี การติดเชื้อ (พบได้น้อยมาก) ซึ่งหากเกิดอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัวจะได้รับการ รักษาพยาบาลจากบุคลากรทางการแพทย์

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.

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว จะได้รับการปกปิดและจะไม่ เปิดเผยแก่สาธารณะ ในกรณีที่ข้อมูลทางคลินิกได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์หรือมีการนำรูปไปใช้ด้วย เหตุผลทางวิชาการ ซึ่งจะทำให้ข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว จะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ



- 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 เช่นผู้อ่านอาจรวมถึงแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งรวมถึง นักวิชาการ ศาสตราจารย์ ผู้เกี่ยวข้องกับการตีพิมพ์ ข้อมูลของข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัว อาจได้รับการตีพิมพ์ลง ในเว็บไซต์ของวารสารทางการแพทย์

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

หากผลจากการทำวิจัยสามารถนำไปต่อยอดจนเกิดนวัตกรรม ข้าพเจ้ายินดีให้จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นเจ้าของทรัพย์สินทางปัญญาเหล่านั้น

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 โดยสามารถทำก่อนที่ข้อมูลของข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัวจะได้รับการตีพิมพ์ 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

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/หรือสมาชิกในครอบครัวไว้ เพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคต

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.

choose to  choose not to be informed about those findings.

การตรวจหาการกลายพันธุ์โดยการหาลำดับเบสทั่วเอ็กโซเมะหรือจีโนม อาจพบการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหรือภาวะที่ส่งตรวจโดยบังเอิญ แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว

ข้าพเจ้า  ต้องการ  ไม่ต้องการ ทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่พบันนั้น ๆ



คณะกรรมการพิจารณาจดจำรัฐธรรมการวิจัย
คณะกรรมการแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขอรับการ ... 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.

การตรวจสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกในครอบครัว มีโอกาสที่จะพบว่าสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้าบางคนไม่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดกับข้าพเจ้า ในกรณีดังกล่าว แพทย์ไม่อยู่ภายใต้ข้อบังคับให้เปิดเผยข้อมูลแก่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้า

ผู้ยินยอม หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (Patient/Legal guardian)

แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา (Physician)

พยาน (Witness)

วันที่ \_\_\_\_\_

( )



คณะกรรมการพิจารณาจ่ายธรรมการวิจัย
คณะกรรมการพิจารณาจ่ายธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเหตุโครงการ 964 162
วันที่รับรอง : 10 ส.ค. 2564