

ฝ่ายอำนวยการด้านการสอนและการวิจัย

## หนังสือแสดงความยินยอม

ชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย:

วันเดือนปีเกิด:

กรุณากรอกบาท (หนังสือแสดงความยินยอมที่ไม่มีกรอกบาทจะถือว่าใช้กับทั้งสองขอบเขต):

**สำหรับการใช้วัสดุชีวภาพและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อการวิจัยทางการแพทย์ (เอกสารข้อมูลหน้า 1 หรือส่วน A ของโบรชัวร์)**

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอม

- ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า (เช่น แพ้มผู้ป่วยของข้าพเจ้า) เพื่อการวิจัยได้ โดยข้าพเจ้าขอเพิกถอนหน้าที่ของแพทย์ผู้รักษา จากการรักษาความลับที่เกี่ยวข้อง
- ให้สามารถนำวัสดุชีวภาพของข้าพเจ้าที่ได้ดำเนินการเก็บตัวอย่าง ณ Insel Gruppe เพื่อวัตถุประสงค์ในการวินิจฉัยหรือรักษาโรค และข้อมูลทางพันธุกรรมของข้าพเจ้าที่มีอยู่ (ในกรณีที่เกี่ยวข้อง) ไปใช้ต่อไปในการวิจัยได้

**สำหรับการเก็บตัวอย่างเลือดเพิ่มเติมสำหรับ Liquid BioBank Bern (เอกสารข้อมูลหน้า 2 หรือส่วน B ของโบรชัวร์)**

โดยข้าพเจ้ายินยอม:

- ให้สามารถเก็บตัวอย่างเลือดจากข้าพเจ้าเพิ่มเติมหนึ่งครั้งเพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยได้ (สูงสุด 20 มิลลิลิตร ซึ่งเท่ากับหลอดเก็บตัวอย่างสองหลอด) การเก็บตัวอย่างเลือดจะดำเนินการดังนี้:
  - ดำเนินการพร้อมกับการเก็บตัวอย่างเลือดตามปกติ (ใช้หลอดเพิ่ม โดยไม่มี "การเจาะ" เพิ่มเติม)
  - ดำเนินการผ่านหลอดสวนหลอดเลือดดำ (ที่เรียกว่า Venflon โดยไม่มี "การเจาะ" เพิ่มเติม)
  - การเก็บตัวอย่างเลือดเพิ่มเติม (เมื่อไม่สามารถดำเนินการด้วยวิธีทั้งสองแบบข้างต้นได้)
- อนุญาตให้มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมต่อไปนี้ตามความจำเป็น พร้อมกับการเก็บตัวอย่างเลือดได้: ส่วนสูง / น้ำหนัก / เชื้อชาติ (เชื้อสาย เช่น คอเคเซียน)

### ข้าพเจ้ายืนยันว่า

- ข้าพเจ้าได้รับเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงความยินยอมฉบับนี้แล้ว (เวอร์ชัน V1.0 ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2016) และได้มีโอกาสในการขอโบรชัวร์ข้อมูลเพิ่มเติม (เวอร์ชัน 2.0 ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2016)
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการนำวัสดุชีวภาพและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ไปใช้ต่อไปเพื่อการวิจัยทางชีวการแพทย์
- ข้าพเจ้าได้มีโอกาสถามคำถามและได้รับคำตอบที่น่าพอใจสำหรับคำถามดังกล่าว
- ความยินยอมของข้าพเจ้าเป็นไปด้วยความสมัครใจ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะไม่มีผลดีหรือผลเสียเกิดขึ้นไม่ว่าข้าพเจ้าจะตัดสินใจอย่างไรก็ตาม
- ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้าสามารถยกเลิกความยินยอมนี้ได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล
- ข้าพเจ้าทราบว่า วัสดุชีวภาพของข้าพเจ้าและข้อมูลของข้าพเจ้าได้รับการอนุญาตให้ส่งต่อไปยังสถาบันอื่น ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อการวิจัย ในรูปแบบที่ถูกเข้ารหัสลับหรือไม่เปิดเผยตัวตนเท่านั้น
- ข้าพเจ้าทราบว่าสามารถดูกฎระเบียบของ Liquid Biobank Bern ที่ [www.biobankbern.ch](http://www.biobankbern.ch) ได้ทุกเมื่อ
- ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้าจะไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลการศึกษาวินิจฉัย แม้ว่าเกี่ยวข้องกับสุขภาพของข้าพเจ้าก็ตาม

สถานที่, วันที่:

ลายมือชื่อของผู้ป่วย:

และ/หรือ

สถานที่, วันที่:

ลายมือชื่อของผู้แทนตามกฎหมาย (ชื่อและนามสกุล, ลายมือชื่อ):

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อแพทย์ของท่านหรือฝ่ายอำนวยการด้านการสอนและการวิจัย