



โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

หนังสือแสดงความยินยอมตรวจเอดส์

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ อื่น ๆ (ระบุ)..... อายุ.....ปี
 ถิ่นบัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการ / อื่น ๆ เลขที่.....
 อยู่บ้านเลขที่ ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... โทรศัพท์..... ในฐานะเป็น ผู้รับการตรวจ ผู้มีอำนาจ
 กระทำการแทนผู้รับการตรวจในฐานะ ของผู้รับการตรวจ ชื่อ
 เวชระเบียนเลขที่ (HN)

ข้าพเจ้า () ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนการตรวจเอดส์”

() ไม่ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนการตรวจเอดส์”

อย่างไรก็ดี () มีผู้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนการตรวจเอดส์” ให้ฟังแล้ว คือ.....

โดยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจเอดส์จากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ของ
 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เพื่อทำการตรวจเลือด และ /หรือ สิ่งตรวจอื่นเพื่อ ตรวจการติดเชื้อ เอช ไอวี (ภาวะการติดเชื้อโรค
 เอดส์) ให้กับข้าพเจ้า และได้รับทราบผลกระทบต่างๆที่อาจเกิดขึ้นหลังจากตรวจเลือดนี้แล้ว และมีโอกาสซักถาม และได้รับคำตอบ
 เป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการรับการตรวจเอดส์นี้ จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มี
 การเปิดเผยโดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามหน้าที่หรือเมื่อมี ข้อบ่งชี้
 และความจำเป็นในการวินิจฉัย รักษาโรคหรือฟื้นฟูสภาพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า () มีความประสงค์จะขอรับการตรวจเอดส์จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้

หรือ () ยินยอมให้

ซึ่งเป็นเด็กอายุน้อยกว่าสิบแปดปีหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส หรือเป็นผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิ
 ด้วยตนเองได้ และอยู่ในความปกครอง/ดูแลของข้าพเจ้า ได้รับการตรวจเอดส์จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้

หรือ () ไม่มีความประสงค์ หรือไม่ยินยอมให้มีการตรวจเอดส์จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้

ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีความประสงค์หรือยินยอมให้มีการตรวจเอดส์จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจดี
 ว่า ข้าพเจ้าอาจได้รับผลกระทบต่างๆ ตาม (4) ในข้อควรรู้ก่อนการตรวจเอดส์

ข้าพเจ้า () ต้องการทราบผลการตรวจ

() ไม่ต้องการทราบผลการตรวจ

ลงนาม.....

(.....) ผู้ขอรับการตรวจ

หรือ () ผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจโดยเป็น

() บิดา () มารดา () ผู้ปกครอง () ผู้แทนโดยชอบธรรม () อื่นๆ ระบุ.....

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

ลงนาม.....

(.....) พยาน

ใบยินยอม
ให้แจ้งผลการตรวจเอดส์แก่บุคคลอื่น

ข้าพเจ้ายินยอมให้แจ้งผลการตรวจเลือดแก่

- () คู่สมรสของข้าพเจ้า คือ.....
- () ญาติของข้าพเจ้า คือ.....
- () นายจ้างของข้าพเจ้า คือ.....
- () อื่นๆ ได้แก่.....

ลงนาม.....

(.....)

() ผู้รับการตรวจ

หรือ () ผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจ โดยเป็น

- () บิดา () มารดา () ผู้ปกครอง () ผู้แทนโดยชอบธรรม () อื่นๆ ระบุ.....

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

ลงนาม.....

(.....)

พยาน

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : แบบใบยินยอมให้แจ้งผลการตรวจเอดส์แก่บุคคลอื่นนี้ ผู้รับการตรวจจะต้องลงนามด้วยตนเองต่อหน้าพยานตามข้อกำหนดในแนวทางข้อ 4.4 ฉะนั้นแพทย์จะต้องตรวจสอบว่าได้มีการดำเนินการขอความยินยอมตามข้อนี้โดยถูกต้องแล้วทุกราย

: แบบฟอร์มนี้รับรองโดยแพทยสภา