

คำรับรองการยินยอมก่อนการตรวจเลือด

Code.....

ในโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

HN.....

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/นางสาว/อื่นๆ(ระบุ).....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
 ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้า () ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจเอดส์” แล้ว

() ไม่ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจเอดส์” ใดๆ

() มีผู้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจเอดส์” ให้ฟังแล้ว

() ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจเลือดเอดส์ จากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่องค์การ แพทย์แล้ว

() มีโอกาสซักถาม และได้คำตอบเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการรับการตรวจเอดส์ครั้งนี้ จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับจะไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามหน้าที่เมื่อมีข้อบ่งชี้ และความจำเป็นในการวินิจฉัยรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า () มีความประสงค์ที่จะขอรับการตรวจเอดส์จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้

หรือ () ยินยอมให้ ด.ช/ ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

ซึ่งเป็นเด็กอายุน้อยกว่าสิบแปดปีหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส หรือเป็นผู้บกพร่องทางกายหรือจิต

ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้และอยู่ในความปกครอง/ดูแลของข้าพเจ้าได้รับการตรวจเอดส์จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้

หรือ () ไม่ประสงค์ หรือยินยอมให้มีการตรวจเอดส์จากสถานพยาบาล/หรือสถาบันแห่งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์หรือยินยอมให้มีการตรวจเอดส์จากสถานพยาบาลหรือสถาบันแห่งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีว่าอาจได้รับผลกระทบต่างๆ ตามในข้อควรตรวจเอดส์

ข้าพเจ้า () ต้องการทราบผลเลือด

หรือ () ไม่ต้องการทราบผลเลือด

ลงนาม.....

(.....)

() ผู้รับการตรวจ

หรือ () ผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจโดยเป็น

() บิดา () มารดา () ผู้ปกครอง () ผู้แทนโดยชอบธรรม () อื่นๆระบุ.....

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....