



◇ ความยินยอมในการเปิดเผยผลเลือด

() ข้าพเจ้า ยินยอมให้เปิดเผยผลการตรวจเลือดของข้าพเจ้าต่อ.....ซึ่ง
เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

() ข้าพเจ้ายังไม่ประสงค์จะเปิดเผยผลการตรวจเลือดกับผู้ใด

◇ สำหรับผู้แทนผู้ป่วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ ข้อความดังกล่าวข้างต้นได้ถูกอธิบายให้
ผู้มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (นามดังกล่าวข้างล่าง) ได้รับทราบและแสดงความยินยอม
เพื่อรับการรักษาดังกล่าว

...../...../..... น.

ชื่อผู้แทนผู้ป่วย ลายเซ็นชื่อผู้แทนผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย วัน เดือน ปี เวลา
โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมเพื่อการขอเจาะเลือดเอชไอวีได้เอง

() ผู้ป่วยเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี บริบูรณ์ (กรณีผู้มาขอรับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุ
15- 17 ปี ไม่จำเป็นต้องขออนุญาตผู้ปกครอง ถ้าผู้ที่มาขอตรวจเข้าใจเรื่องการติดเชื้อและความหมายของการ
ตรวจเลือด และเป็นการตรวจเพื่อการวินิจฉัยไม่ใช่การทำนิติกรรม)

() เป็นผู้บกพร่องทางร่างกายและทางจิต (ระบุ).....

() อยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์/สับสน () ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

() อื่นๆ ระบุ

◇ สำหรับแพทย์ผู้รักษา

() ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ และ/หรือ ไม่มีผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมาย
ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในขณะนั้น ข้าพเจ้าในฐานะแพทย์ผู้ทำการรักษา มีความจำเป็นที่จะต้องให้การ
รักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อมิให้เกิดอันตรายหรือผลเสียหายรุนแรงแก่ผู้ป่วย โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ดังนี้คือ

รักษาโดยวิธีการ.....

...../...../..... น.

(ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา) (ลายเซ็น) (วัน เดือน ปี) เวลา

โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมเพื่อการขอเจาะเลือดเอชไอวีตนเองได้

() ผู้ป่วยเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี บริบูรณ์

() เป็นผู้บกพร่องทางร่างกายและทางจิต (ระบุ).....

() อยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์/สับสน () ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

() อื่นๆ ระบุ