แบบฟอร์มยินยอมให้ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

(โปรดลงนามต่อหน้า : แพทย์/นักเทคนิคการแพทย์/พยาบาล /ผู้ให้คำปรึกษา)

ติดป้ายชื่อ/ HN ผู้ป่วย

ข้าพเจ้า.....ให้ความยินยอม

ให้ดำเนินการ ☐ เจาะเลือด และตรวจเลือดเพื่อหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HIV

☐ เก็บปัสสาวะ และตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ ☐ อื่นๆ.....

โดยข้าพเจ้าได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์และคำปรึกษาแนะแนวก่อนการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ/ญาติ(แทน)
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำปรึกษา
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งตรวจ
(.....)
วันที่.....

FM-LAB-152 ; แก้ไขครั้งที่1 ; 2/2/2567

.....

แบบฟอร์มยินยอมให้ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

(โปรดลงนามต่อหน้า : แพทย์/นักเทคนิคการแพทย์/พยาบาล /ผู้ให้คำปรึกษา)

ติดป้ายชื่อ/ HN ผู้ป่วย

ข้าพเจ้า.....ให้ความยินยอม

ให้ดำเนินการ ☐ เจาะเลือดและตรวจเลือดเพื่อหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HIV

☐ เก็บปัสสาวะและตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ ☐ อื่นๆ.....

โดยข้าพเจ้าได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์และคำปรึกษาแนะแนวก่อนการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ/ญาติ(แทน)
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำปรึกษา
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งตรวจ
(.....)
วันที่.....

FM-LAB-152 ; แก้ไขครั้งที่1 ; 2/2/2567