

ใบแสดงความยินยอม

สำหรับแสดงความยินยอมของผู้ป่วย การตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยในสิ่งพิมพ์

ชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการกล่าวถึงในบทความหรือรูปภาพ ดร. อธิษฐ์ ทามผลดี

ประเด็นสำคัญของรูปภาพหรือบทความ การเข้าถึงไวรัสตับอักเสบบีในโรงพยาบาล

ชื่อวารสาร World Journal of Gastroenterology

ชื่อบทความ High prevalence of hepatitis B antibody IgG and de novo hepatitis B infection in a child with living-donor liver transplantation

ผู้จัดส่งบทความ รศ. อธิษฐ์ ทามผลดี

ข้าพเจ้า รศ. อธิษฐ์ ทามผลดียินยอมให้ตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับตัว

ข้าพเจ้าเอง/ บุตร-ธิดาของข้าพเจ้า/ ญาติของข้าพเจ้า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประเด็นสำคัญข้างต้น (จากนี้จะเรียกว่า ข้อมูล) ในวารสารและสิ่งพิมพ์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้าได้เห็นและอ่านสื่อที่ได้รับการจัดส่ง ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความต่อไปนี้

1. ข้อมูล จะได้รับการตีพิมพ์ โดยไม่มีชื่อของข้าพเจ้าปรากฏอยู่ โดยจะพยายามปกปิดไม่ให้ผู้ใดระบุตัวข้าพเจ้าได้ แต่อย่างไรก็ตาม ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการปกปิดดังกล่าว อาจไม่สามารถทำได้อย่างสมบูรณ์แบบจึงอาจมีผู้หนึ่งผู้ใดเช่น ผู้ที่ดูแลข้าพเจ้าในโรงพยาบาลหรือญาติของข้าพเจ้าเอง ที่สามารถระบุตัวข้าพเจ้า
2. ข้อความในบทความอาจได้รับการปรับปรุงแก้ไขด้านรูปแบบการเขียน ไวยากรณ์ ความสอดคล้อง และความยาว
3. ข้อมูล อาจได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่เผยแพร่ทั่วโลก ซึ่งผู้อ่านหลักคือแพทย์ แต่ก็อาจมีผู้อื่นเช่น นักข่าวได้อ่านด้วย
4. ข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่ แต่หาก ข้อมูล ได้รับการยืนยันว่าพร้อมตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว ข้าพเจ้าจะไม่สามารถเพิกถอนความยินยอมได้

ลงชื่อ (ผู้ปกครอง) วันที่ 21 พย 2560

ลงชื่อ (แพทย์ผู้ให้ข้อมูลและขออนุญาตเสนอใบแสดงความยินยอม)

Authorization for publication of World Journal of Gastroenterology

I, Neungleuthai Khorchamklang, give Dr. Palittiya Sintusek and her team at King Chulalongkorn Memorial Hospital (Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand), permission to publish, reproduce, and distribute, the attached the study paper " High prevalence of hepatitis B antibody loss after liver transplantation ". I am aware that the this paper / study does NOT mention my name or address, but it does reflect my medical care, gender, age and medical history.

I have been told that the authors currently plan to submit the study for publication in a medical journal, for educational purposes.

I will not be paid in any manner for use of the study, as described above. I will not receive any royalties or other compensation in connection with any such publication or use.

I am not required to sign this form, and I may refuse to do so. My medical treatment and payment for healthcare will not be affected by whether or not I sign this document.

I may withdraw this authorization for any future sharing at any time by notifying my attend physician in writing, but my withdrawal will not affect information that has already been shared or published. This authorization has no expiration date.

[Redacted] Patient's Name ^{Signature}

[Redacted] Patient's address

[Redacted] Patient's signature: Date ^{Name}

Reviewed by Dr Palittiya Sintusek

Signature Palittiya Sintusek

Date 21 November 2017 Time 12.00 AM