



วันที่ 6 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า [redacted] (ผู้ให้ความยินยอม) อายุ [redacted] ปีอยู่เลขที่ [redacted] ตรอก/ซอย [redacted] ถนน [redacted] ตำบล/แขวง [redacted] อำเภอ/เขต [redacted] จังหวัด [redacted] รหัสไปรษณีย์ [redacted] ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทน (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) [redacted] โดยเกี่ยวข้องกับเจ้าของข้อมูลในฐานะ [redacted] ขอแสดงความยินยอมให้ (นาย/นาง/นางสาว) [redacted] เมทินี ศรีเมืองพอง หรือบุคลากรในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล นำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและรูปภาพของ (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) [redacted] ไปเขียนรายงานกรณีศึกษา (case report) และตีพิมพ์ หรือเผยแพร่โดยวิธีอื่นใดเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการ หรือเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์เท่านั้น

ทั้งนี้ (นาย/นาง/นางสาว) [redacted] เมทินี ศรีเมืองพอง หรือบุคลากรในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลจะไม่เปิดเผยชื่อนามสกุลและที่อยู่ของ (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) [redacted] ในรายงานทางวิชาการ หรือในการเผยแพร่โดยวิธีอื่นใดดังกล่าวข้างต้น

อนึ่ง ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากแพทย์หรือผู้วิจัยเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลของ (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) [redacted] เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการหรือเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์โดยละเอียดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

หมายเหตุ

(ลงชื่อ) [redacted] (ผู้ให้ความยินยอม/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย)  
( [redacted] )

(ลงชื่อ) [redacted] (แพทย์/ผู้ได้รับความยินยอม)  
( อ. พญ. เมทินี ศรีเมืองพอง )

(ลงชื่อ) [redacted] (พยาน)  
( [redacted] )