

ការយល់ព្រមសម្រាប់ការធ្វើទម្រង់ម៉ូលេគុលផ្នែកនៅលើឈាម

សូមអានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។ ធ្វើទម្រង់ដែលបានបំពេញតាមអ៊ីមែលទៅ PatientNavigator@CarisLS.com, ឬទូរស័ព្ទទៅ 866-479-4925។



អំពីការធ្វើទម្រង់ម៉ូលេគុល

ការធ្វើទម្រង់ម៉ូលេគុលដ៏ទូលំទូលាយពី Caris Life Sciences® (Caris) វាយតម្លៃលើសារធាតុក្រិកជីវសាស្ត្រដែលបានរកឃើញនៅក្នុងដុំសាច់របស់អ្នក ដោយបង្ហាញពីប្លង់មេម៉ូលេគុល ដើម្បីជួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តព្យាបាលដោយមានព័ត៌មានកាន់តែច្រើន និងជាលក្ខណៈបុគ្គលដែលជាក់លាក់ចំពោះជំងឺមហារីករបស់អ្នក។ បន្ទាប់ពីការធ្វើតេស្តត្រូវបានបញ្ចប់ ហើយរបាយការណ៍ត្រូវបានផ្តល់ជូនគ្រូពេទ្យព្យាបាលរបស់អ្នក វត្តមានឈាមរបស់អ្នកនឹងត្រូវបំផ្លាញចោលក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ។ អ្នកអាចស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបដែល Caris ប្រើប្រាស់ និងការពារទិន្នន័យរបស់អ្នក ដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.CarisLifeSciences.com/privacy-us ។

អំពីការធ្វើតេស្តសេណេទិច

ការធ្វើទម្រង់ម៉ូលេគុលពី Caris ក៏អាចរួមបញ្ចូលទាំងការធ្វើតេស្តសេណេទិច (មេហេត/តំណពូជ) សម្រាប់ធ្វើតេស្តរកជំងឺមហារីក ដែលអាចផ្តល់ព័ត៌មានអំពីហានិភ័យរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានប្រភេទជំងឺមហារីក ឬបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀត។ អាស្រ័យលើលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តរបស់អ្នក អ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកអាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតសម្រាប់ការធ្វើតេស្តបន្ថែម និង/ឬការប្រឹក្សាយោបល់ផ្នែកសេណេទិច។ មានច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋ ដែលផ្តល់ការការពារមួយចំនួនប្រឆាំងនឹងការរើសអើងផ្នែកសេណេទិចដោយនិយោជក និងអ្នកធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប៉ុន្តែច្បាប់ទាំងនេះមិនអនុវត្តនៅគ្រប់ស្ថានភាពទាំងអស់ទេ។ អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.genome.gov/10002328 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីច្បាប់ស្តីពីការមិនរើសអើងព័ត៌មានសេណេទិចដែលជាច្បាប់សហព័ន្ធដែលការពារព័ត៌មានសេណេទិច។

ដែនកំណត់នៃការធ្វើតេស្តសេណេទិច

ការធ្វើតេស្តសេណេទិចមិនអាចរកឃើញការផ្លាស់ប្តូរសេណេទិចទាំងអស់ និងគ្រប់អ្នកផ្ទុកជំងឺទេ។ វាអាចទៅរួចដែលអ្នកគឺជាអ្នកផ្ទុកការផ្លាស់ប្តូរសេណេទិកមិនធម្មតា ដែលមិនអាចត្រូវបានរកឃើញដោយការធ្វើតេស្តនេះបាន។ វារ៉ាប់រងមេហេតដែលមានសារៈសំខាន់ផ្នែកគ្លីនិកដែលមិនស្គាល់ (VUS) មិនត្រូវបានរាយការណ៍ទេ លុះត្រាតែមានការស្នើសុំជាពិសេស។

ការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺ

ដោយការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះចំណុចខាងក្រោម៖

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ Caris ធ្វើតេស្តវត្តមានរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីគាំទ្រគ្រូពេទ្យរបស់ខ្ញុំក្នុងការព្យាបាលជំងឺមហារីករបស់ខ្ញុំ ឬអ្នកជំងឺដែលខ្ញុំត្រូវបានអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ក្នុងការយល់ព្រម។
- ខ្ញុំយល់ពីព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ក្នុងទម្រង់ការយល់ព្រមនេះ ខ្ញុំត្រូវបានណែនាំអំពីភាពអាចរកបាន និងសារៈសំខាន់នៃការប្រឹក្សាយោបល់ផ្នែកសេណេទិក ហើយខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចទាក់ទង Caris បាន ប្រសិនបើខ្ញុំមានសំណួររបន្ថែម។
- ខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានអំពីការធ្វើតេស្តនេះ ហើយបានពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងគោលបំណងរបស់វា ភាពជឿជាក់នៃលទ្ធផលតេស្ត និងកម្រិតនៃភាពប្រាកដប្រជាដែលលទ្ធផលអាចដើរតួជាអ្នកព្យាករណ៍អំពីជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌ។ ខ្ញុំមានឱកាសសួរសំណួរ ហើយសំណួររបស់ខ្ញុំត្រូវបានឆ្លើយ។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំប្រហែលជាដឹងថា ខ្ញុំអាចជាអ្នកផ្ទុកសម្រាប់លក្ខខណ្ឌតំណពូជ ឬត្រូវបានស្មានទុកជាមុន ឬមានជំងឺមហារីកប្រភេទផ្សេងទៀត ហើយថាខ្ញុំប្រហែលជាគួរពិចារណាការធ្វើតេស្តឯករាជ្យបន្ថែមទៀតសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ និង/ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ Caris ធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមខ្ញុំទាក់ទងនឹងការប្តេជ្ញាចិត្ត ការបដិសេធ និង/ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចាំបាច់ណាមួយដែលទាក់ទងនឹងការគ្របដណ្តប់នៃសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ដែលផ្តល់ដោយ Caris ក៏ដូចជាផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ Caris និងអ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបីបញ្ជូនព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារណាមួយរបស់ខ្ញុំ (PHI) សម្រាប់គោលបំណងនៃការដោះស្រាយការទាមទាររបស់ខ្ញុំ និង/ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ (សរសេរអក្សរធំ)៖ _____ កាលបរិច្ឆេទកំណើត៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកចុះហត្ថលេខាដែលមានសិទ្ធិ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____