

# Patient Consent for Molecular Profiling – Minnesota/Wyoming



## ການໃຫ້ຄໍາຍິນຍອມຂອງຄົນເຈັບສໍາລັບການສ້າງໂປຣຟາຍໂມເລກຸນ – Minnesota/Wyoming

Please read carefully and discuss with your physician.

If you have questions, please contact Caris at CarisConsents@CarisLS.com or (888) 979-8669.

**Email completed form to CarisConsents@CarisLS.com, or fax to 866-479-4925.**

ກະລຸນາອ່ານຢ່າງລະອຽດ ແລະ ປຶກສາກັບແພດຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ Caris ທີ່ CarisConsents@CarisLS.com ຫຼື (888) 979-8669.

**ອີເມວແບບຟອມສົມບູນໄປທີ່ CarisConsents@CarisLS.com ຫຼື ແຟັກໄປທີ່ 866-479-4925.**

### TEST INFORMATION / ຂໍ້ມູນການທົດສອບ

#### Test Purpose, Sample Collection, and Results

##### ຈຸດປະສົງການກວດ, ການເກັບຕົວຢ່າງ ແລະ ຜົນໄດ້ຮັບ

Molecular profiling from Caris Life Sciences® (Caris) assesses cancer markers found in your tumor or blood to help your health care team develop a treatment plan that is specific to you. As part of your testing, your blood sample(s) and/or tumor sample(s) will be sent to Caris, where your sample, and DNA and RNA extracted from your sample, will be analyzed, producing genomic information. Caris will report your test results to the physician who ordered your test and to other health care providers requested by your treatment team. Test results may indicate that the markers being tested for are or are not present in your sample and may identify other characteristics of your cancer. Your test results are available from your physician, or from Caris upon written request as allowed by law.

ໂປຣຟາຍໂມເລກຸນຈາກ Caris Life Sciences® (Caris) ຈະປະເມີນເຄື່ອງໝາຍມະເຮັງທີ່ພົບໃນເນື້ອງອກ ຫຼື ເລືອດຂອງທ່ານ ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທີມງານດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານພັດທະນາແຜນການປິ່ນປົວສະເພາະສໍາລັບທ່ານ. ໃນຂັ້ນຕອນການກວດ, ຕົວຢ່າງເລືອດແລະ / ຫຼື ຕົວຢ່າງເນື້ອງອກຂອງທ່ານຈະຖືກສົ່ງໄປທີ່ Caris, ບ່ອນທີ່ຕົວຢ່າງຂອງທ່ານ ລວມທັງ DNA ແລະ RNA ທີ່ສະກັດຈາກຕົວຢ່າງຂອງທ່ານຈະຖືກວິເຄາະແລະສ້າງຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຸ້ມຂຶ້ນ. Caris ຈະລາຍງານຜົນກວດຂອງທ່ານເຖິງແພດທີ່ສັງກວດ ແລະ ເຖິງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆຕາມໜ່ວຍງານປິ່ນປົວຂອງທ່ານຮ້ອງຂໍ. ຜົນກວດຈະຊີ້ບອກວ່າ ເຄື່ອງໝາຍທີ່ຖືກກວດນັ້ນ ມີ ຫຼື ບໍ່ມີ ຢູ່ໃນຕົວຢ່າງຂອງທ່ານ ແລະ ອາດຈະຊີ້ບອກລັກສະນະອື່ນໆຂອງມະເຮັງຂອງທ່ານໄດ້. ແພດສາມາດຂໍຜົນກວດໄດ້ຈາກ ຫຼື ຈາກ Caris ໄດ້ເມື່ອມີການແຈ້ງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນຕາມກົດໝາຍອະນຸຍາດ.

For blood-based profiling (Caris Assure), you and your doctor each have the opportunity to opt-out from receiving reports of heritable (from your family) genetic information. Your doctor may have opted-out of this reporting as part of your test order. If you would like to opt-out of heritable reporting of genetic information, please check the following box:

ສໍາລັບສ້າງໂປຣຟາຍຕາມເລືອດ (Caris Assure), ຕົວທ່ານເອງ ແລະ ແພດຂອງທ່ານມີສິດເລືອກທີ່ຈະປະຕິເສດຮັບລາຍງານຂໍ້ມູນທີ່ຖ່າຍທອດທາງພັນທຸກຸ້ມໄດ້ (ຈາກຄອບຄົວຂອງທ່ານ). ທ່ານໝໍຂອງທ່ານອາດເລືອກບໍ່ຮັບການລາຍງານນີ້ ໃນນາມເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສັງກວດທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຍົກເລີກການລາຍງານຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຸ້ມ, ກະລຸນາໝາຍໃສ່ບ່ອນລຸ່ມນີ້:

- I opt-out (do not want to receive) reporting of heritable genetic testing for cancer predisposition.<sup>1</sup>
- ຂ້າພະເຈົ້າເລືອກບໍ່ຮັບ (ບໍ່ຕ້ອງການຮັບ) ລາຍງານການກວດທາງກຳມະພັນທີ່ສືບທອດໄດ້ສໍາລັບຄວາມເປັນໄປໄດ້ທີ່ຈະເປັນມະເຮັງລ່ວງໜ້າ.<sup>1</sup>

**Blood Profiling Only: Unless you or your physician have opted-out of receiving reports of heritable genetic information,** Caris Assure includes reporting of heritable (from your family) genetic information, which can provide information about whether your cancer is driven by an inherited DNA variant and your risk of developing other types of cancer. These results may reveal additional information about you or your family that is unexpected, and your testing results may have implications for your family members. In some cases, your physician may recommend further testing to clarify those results. You may wish to obtain genetic counseling before consenting to the test. If you provide a blood sample for your test, and you or your physician have not opted-out of receiving reports of heritable genetic information, your germline/hereditary test results may include:

**ການສ້າງຂໍ້ມູນເລືອດເທົ່ານັ້ນ: ຍົກເວັ້ນວ່າທ່ານ ຫຼື ແພດຂອງທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຮັບລາຍງານຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຸ້ມສືບທອດໄດ້,** Caris Assure ຈະລວມການລາຍງານຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຸ້ມສືບທອດໄດ້ (ຈາກຄອບຄົວຂອງທ່ານ), ເຊິ່ງສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນວ່າມະເຮັງຂອງທ່ານມີສາຍເຫດມາຈາກການແປຮູບ DNA ທີ່ສືບທອດໄດ້ຫຼືບໍ່ ແລະ ຄວາມສ່ຽງຂອງທ່ານໃນການເກີດມີມະເຮັງຊະນິດອື່ນໆຫຼືບໍ່. ຜົນກວດເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບທ່ານ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ບໍ່ຄາດຄິດ ແລະ ຜົນກວດຂອງທ່ານອາດມີຜົນກະທົບຕໍ່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ໃນບາງກໍລະນີ, ແພດຂອງທ່ານອາດແນະນຳໃຫ້ມີການກວດເພີ່ມເຕີມເພື່ອຊີ້ແຈງຜົນໄດ້ຮັບດັ່ງກ່າວ. ທ່ານອາດຕ້ອງການຮັບຄໍາປຶກສາດ້ານພັນທຸກຸ້ມກ່ອນທີ່ຈະຍິນຍອມຮັບການທົດສອບ. ຖ້າທ່ານໃຫ້ຕົວຢ່າງເລືອດສໍາລັບການກວດ ແລະ ທ່ານຫຼືແພດຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຮັບການລາຍງານຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຸ້ມສືບທອດໄດ້, ຜົນກວດພະຍາດ / ພັນທຸກຸ້ມຂອງທ່ານອາດລວມມີ:

**Positive:** A positive result may indicate that you are a carrier of, predisposed to, or have the specific disease or condition being tested for. If you receive a positive result, you may wish to talk to your physician or a genetic counselor. You or your family members may be referred by your physician for additional or confirmatory testing.

**ທາງບວກ:** ຜົນໄດ້ຮັບໃນທາງບວກອາດຈະຊີ້ບອກວ່າທ່ານເປັນພາຫະ, ມີແນວໂນ້ມທີ່ຈະ ຫຼື ມີພະຍາດສະເພາະ ຫຼື ສະພາບທີ່ຖືກທົດສອບຫາ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຜົນເປັນບວກ ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການປຶກສາກັບແພດ ຫຼື ທີ່ປຶກສາດ້ານພັນທຸກຸ້ມຂອງທ່ານ. ທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານອາດຮັບການແນະນຳຈາກແພດເພື່ອທຳການກວດເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເພື່ອຍິ່ງຜົນກວດ.

**Negative:** A negative result indicates that no disease-causing variant was identified in the test performed. However, a negative result does not guarantee that you and your family are free from genetic disorders or other medical conditions, and additional information may become available in the future that could impact the interpretation of your test results. However, Caris is not obligated to update, revisit or later re-evaluate the results of the tests after those results have been made available to your physician.

# Patient Consent for Molecular Profiling – Minnesota/Wyoming (Page 2)

## ການໃຫ້ຄໍາຍິນຍອມຂອງຄົນເຈັບສໍາລັບການສ້າງໂປຣຟາຍໂມເລກຸນ – Minnesota/Wyoming (ໜ້າ 2)



ທາງລັບ: ຜົນໄດ້ຮັບໃນທາງທາງລັບຊື່ໃຫ້ເຫັນວ່າບໍ່ມີຕົວແປທີ່ພາໃຫ້ເກີດພະຍາດໃນການກວດທີ່ດໍາເນີນ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຜົນໄດ້ຮັບທາງລັບບໍ່ໄດ້ຮັບປະກັນວ່າທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານບໍ່ມີຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງກຳມະພັນ ທີ່ ເງື່ອນໄຂທາງການແພດອື່ນໆ ແລະ ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມອາດຈະສາມາດໃຊ້ໄດ້ໃນອະນາຄົດທີ່ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການຕີຄວາມໝາຍຂອງຜົນການທົດສອບຂອງທ່ານ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, Caris ບໍ່ມີພັນທະທີ່ຈະອັບເດດ, ກວດຄືນ ຫຼື ປະເມີນຜົນການກວດອີກຄັ້ງໃໝ່ ຫຼັງຈາກຜົນຮັບດັ່ງກ່າວນັ້ນຖືກສົ່ງໃຫ້ແພດຂອງທ່ານແລ້ວ.

### Benefits, Risks, and Limitations of Genomic Testing

#### ຜົນປະໂຫຍດ, ຄວາມສ່ຽງ ແລະ ຂໍ້ຈຳກັດຂອງການກວດກັມມະພັນ

Benefits of the test may include: (i) more information to make healthcare decisions for yourself and your family members; and (ii) potential enrollment in research studies. Risks of the test may include: (i) anxiety about the testing; (ii) mild discomfort when providing your tissue or blood sample;(iii) discrimination based on your test results (while certain federal and state laws provide some protections against genetic discrimination, these laws do not apply in all situations. You can visit [www.genome.gov/10002328](http://www.genome.gov/10002328) for information about the Genetic Nondiscrimination Act, a federal law that protects genetic information); and (iv) loss of confidentiality due to unauthorized access to your personal information (Caris implements reasonable safeguards to protect your personal information but cannot guarantee the confidentiality of this information). Limitations: Caris makes no guarantee or warranty that its genomic test(s) detect all genomic mutations and all carriers of a condition. Genetic variation that are not associated with the purpose of testing may not be reported with your test results.

ຜົນປະໂຫຍດຂອງການກວດອາດຈະລວມມີ: (i) ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມເລື່ອງການຕັດສິນໃຈການດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ ແລະ ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ; ແລະ (ii) ການສະມັກເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາວິໄຈ. ຄວາມສ່ຽງຂອງການກວດອາດລວມມີ: (i) ຄວາມກັງວົນກ່ຽວກັບການກວດ; (ii) ຄວາມຮູ້ສຶກເມື່ອຍເລັກນ້ອຍເວລາເມື່ອໃຫ້ຕົວຢ່າງເນື້ອຍື່ອ ຫຼື ຕົວຢ່າງເລືອດຂອງທ່ານ; (iii) ການເລືອກປະຕິບັດອີງໃສ່ຜົນການກວດຂອງທ່ານ (ເຖິງວ່າກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ບາງສະບັບຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຈາກການເລືອກປະຕິບັດທາງພັນທຸກັມມະພັນບາງປະການ ແຕ່ກົດໝາຍເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ນໍາໃຊ້ໄດ້ໃນທຸກສະຖານະການ. ທ່ານສາມາດເຂົ້າໄປທີ່ [www.genome.gov/10002328](http://www.genome.gov/10002328) ເພື່ອເຂົ້າເບິ່ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ການບໍ່ຈຳແນກພັນທຸກັມມະພັນ, ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ທີ່ ປົກປ້ອງຂໍ້ມູນພັນທຸກັມມະພັນທາງ Genetic Nondiscrimination Act ເຊິ່ງເປັນກົດໝາຍລັດຖະບານກາງຄຸ້ມຄອງຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກັມມະພັນ); ແລະ (iv) ການສູນເສຍຄວາມລັບເນື່ອງຈາກການເຂົ້າເບິ່ງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (Caris ໃຊ້ມາດຕະການປ້ອງກັນທີ່ເໝາະສົມເພື່ອປົກປ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນຂອງທ່ານ ແຕ່ບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນຄວາມລັບຂອງຂໍ້ມູນນີ້ໄດ້). ຂໍ້ຈຳກັດ: Caris ບໍ່ມີການຮັບປະກັນ ຫຼື ຮັບຮອງວ່າການກວດທາງພັນທຸກັມມະພັນຂອງຕົນຈະພົບການກາຍພັນທາງພັນທຸກັມທັງໝົດ ແລະ ພາຫະທັງໝົດຂອງພະຍາດທັງໝົດໄດ້. ຄວາມແປປວນທາງພັນທຸກັມມະພັນທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຈຸດປະສົງຂອງການກວດ ອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການລາຍງານພ້ອມກັບຜົນກວດຂອງທ່ານ.

### Confidentiality, Sample/Data Retention, Use, and Sharing

#### ຄວາມລັບ, ການເກັບຮັກສາຕົວຢ່າງ/ຂໍ້ມູນ, ການໃຊ້ ແລະ ການແບ່ງປັນ

You have the right to confidential treatment of your sample(s), genomic information, and other health data in accordance with applicable law. The physician who ordered your test, their staff and affiliates, and third parties as your physician requests may have access to your sample and test results. Caris personnel and others working for Caris may receive your sample, perform testing or have access to your health data and test results. Caris may store, use, and disclose your sample(s), genomic information, and other health data, both internally and to third parties, as permitted by law for regulatory compliance purposes, reimbursement purposes, quality assurance or improvement, operational activities, validation studies, research, product development, or in publications. Caris may also use your information to identify and contact your physician about clinical trials or other research opportunities. Your samples and data will be stored indefinitely. Caris will de-identify or anonymize the sample(s), genomic information, and other health data to the extent required by law. Third parties that may receive your sample(s), genomic information, and other health data may include non-profit, commercial, or governmental entities such as academic researchers, universities, hospitals, laboratories, and life science, insurance, pharmaceutical, and other companies. If these activities result in commercial products or compensation of any sort, proceeds will not be shared with you or your family, even if your sample(s), genomic information, and other health data are used. You can learn more about Caris's privacy practices, including information about how de-identified sample(s), genomic information, and other health data may be commercially used and shared in or out of the United States, by visiting [www.CarisLifeSciences.com/privacy-us](http://www.CarisLifeSciences.com/privacy-us).

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮັບການເກັບຮັກສາຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກັມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານຕາມກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ. ແພດທີ່ສ້າງການກວດຂອງທ່ານ, ພະນັກງານ ແລະ ຜູ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ພາກສ່ວນທີ່ສາມຕາມຄໍາຂໍແພດຂອງທ່ານອາດຈະສາມາດເຂົ້າເບິ່ງຕົວຢ່າງແລະຜົນກວດຂອງທ່ານໄດ້. ບຸກຄະລາກອນຂອງ Caris ແລະ ຄົນອື່ນໆທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ Caris ອາດຈະໄດ້ຮັບຕົວຢ່າງຂອງທ່ານ, ເຮັດການທົດສອບ ຫຼື ເຂົ້າເບິ່ງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ ແລະ ຜົນກວດຂອງທ່ານ. Caris ອາດຈັດເກັບ, ໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຕົວຢ່າງຂໍ້ມູນພັນທຸກັມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານ ທັງພາຍໃນ ແລະ ບຸກຄົນທີ່ສາມຕາມກົດໝາຍອະນຸຍາ ຕາມຈຸດປະສົງໃນການ: ປະຕິບັດຕາມຂໍ້ບັງຄັບ, ຈຸດປະສົງການຂໍ້ເງິນຄືນ, ການຮັບຮອງຄຸນນະພາບຫຼືການປັບປຸງກິດຈະກຳການດຳເນີນງານ, ກວດສອບການສຶກສາວິໄຈ, ການຄົ້ນຄວ້າ, ການພັດທະນາຜະລິດຕະພັນ ຫຼື ໃນສິ່ງພິມ. Caris ຍັງອາດຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານເພື່ອກຳນົດ ແລະ ຕິດຕໍ່ແພດຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການທົດລອງທາງດ້ານຄລິນິກ ຫຼື ໂອກາດການຄົ້ນຄວ້າອື່ນໆ. ຕົວຢ່າງ ແລະ ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຈະຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ຕະຫຼອດໄປ. Caris ຈະທຳການລະບຸຕົວຕົນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຕົວຢ່າງຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກັມ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ບໍ່ລະບຸຕົວຕົນໃນຂອບເຂດທີ່ກົດໝາຍກຳນົດ. ບຸກຄົນທີ່ສາມຕາມອາດຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນພັນທຸກັມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານ ອາດລວມມີ: ອົງການທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ, ອົງການການຄ້າ ຫຼື ຫວຍງານລັດຖະບານເຊັ່ນ: ນັກຄົ້ນຄວ້າໃນສະຖາບັນການສຶກສາ, ມະຫາວິທະຍາໄລ, ໂຮງໝໍ, ຫ້ອງທົດລອງ ແລະ ວິທະຍາສາດຊີວະພາບ, ບໍລິສັດປະກັນໄພ, ບໍລິສັດການຢາ ແລະ ບໍລິສັດອື່ນໆ. ຖ້າກິດຈະກຳເຫຼົ່ານີ້ສົ່ງຜົນໃຫ້ເກີດຜົນປະໂຫຍດຕໍ່ພັນທາງການຄ້າ ຫຼື ໄດ້ຮັບຄ່າຕອບແທບໃດໆ, ລາຍໄດ້ຈະບໍ່ຖືກແບ່ງປັນກັບທ່ານ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ເຖິງວ່າຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນພັນທຸກັມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານກໍຕາມ. ທ່ານສາມາດຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບແນວທາງການຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງ Caris, ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີໃຊ້ແລະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ລະບຸຕົວຕົນ, ຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກັມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆໃນທາງການຄ້າ ຫຼື ນອກສະຫະລັດ ໂດຍການເຂົ້າໄປທີ່ [www.CarisLifeSciences.com/privacy-us](http://www.CarisLifeSciences.com/privacy-us).

<sup>1</sup> Certain pharmacogenomic results that are not associated with cancer predisposition may be reported even if this box is checked.

<sup>1</sup> ຜົນການກວດທາງດ້ານກຳມະພັນຕໍ່ກັບຢາ (pharmacogenomic) ອັນແນ່ນອນທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມເປັນໄປໄດ້ທີ່ຈະເປັນມະເຮັງລ່ວງໜ້າອາດຈະຖືກລາຍງານ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານບໍ່ຖືກໝາຍຕົກເຮົາ.

# Patient Consent for Molecular Profiling – Minnesota/Wyoming (Page 3)

## ການໃຫ້ຄຳຍິນຍອມຂອງຄົນເຈັບສຳລັບການສ້າງໂປຣຟາຍໂມເລກຸນ – Minnesota/Wyoming (ໜ້າ 3)



**PATIENT CONSENT / ການຍິນຍອມຂອງຄົນເຈັບ**

**By signing below:  
ໂດຍການເຊັນຊື່ຢູ່ລຸ່ມນີ້:**

I acknowledge that I have read and understand the information provided in this form, discussed the reliability of positive or negative test results and the level of certainty that a positive test result for a disease or condition serves as a predictor of such disease or condition with my physician, and received an opportunity to ask questions, which have been answered to my satisfaction. I voluntarily consent to performance of the test by Caris and to the collection, use, retention, maintenance, and disclosure of my sample(s), genomic information, and other health data as described in this form, including to contact me about potential research opportunities for which I may be eligible. I understand and authorize Caris to obtain payment for testing, authorize Caris to act on my behalf regarding the determination, denial and/or any necessary appeal relating to coverage of the services provided by Caris, and I assign all health insurance benefits and reimbursement under my health insurance plan (including Medicare and Medicaid) to Caris. In the event that I do not have insurance, I understand Caris Billing will reach out to me to discuss financial assistance options, and I understand if I do not qualify, I will be invoiced for the test. I authorize Caris and third-party payors to release any of my protected health information for the purpose of resolving my claim and/or appeal. I understand that I may contact Caris at any time to revoke my consent to the retention of my sample(s), genomic information, and other health data. However, my revocation will not have any effect on the following: (i) any sample(s), genomic information, and other health data that has been de-identified and cannot be readily traced back to me; (ii) any use or sharing of sample(s), genomic information, and other health data that has already occurred, or (iii) to the extent Caris must retain the sample(s), genomic information, and other health data to comply with applicable law. I consent and authorize Caris (and its agents, contractors and others acting on its behalf) to place calls or send text messages to me, including those involving a pre-recorded or artificial voice, or placed using any kind of automatic telephone dialing system or other automated system for placing calls or sending texts, to any of the numbers I or my physician provide to Caris. If I am signing on behalf of the patient, I further certify that I have legal authority to consent on behalf of the patient.

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານແລະເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ແລ້ວ, ໄດ້ປຶກສາຄວາມໝາຍເຊື່ອຖືຂອງຜົນກວດທີ່ເປັນບວກ ຫຼື ເປັນລົບ ລວມທັງລະດັບຄວາມແນ່ນອນວ່າ ຜົນກວດທີ່ເປັນບວກສຳລັບພະຍາດ ຫຼື ອາການໃດໆຈະເປັນຕົວຊີ້ບອກພະຍາດຫຼືອາການນັ້ນໆ ໄດ້ຫຼືບໍ່ ແລະ ໄດ້ຮັບໂອກາດໃນການຖາມຄຳຖາມ, ເຊິ່ງໄດ້ຮັບຄຳຕອບຈົນຂ້າພະເຈົ້າພໍໃຈແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈໃຫ້ Caris ດຳເນີນການກວດໂດຍ ແລະ ກັບກຳ, ໃຊ້, ກັບຮັກສາ, ບຳລຸງຮັກສາ ແລະການເປີດເຜີຍຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນພັນທຸກັມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຕາມອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້, ລວມທັງຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບໂອກາດການວິໄຈທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ອະນຸຍາດໃຫ້ Caris ຮັບເງິນຄ່າກວດ, ອະນຸຍາດໃຫ້ Caris ດຳເນີນການໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈ, ການປະຕິເສດ ແລະ/ຫຼື ການອອກອາໄສທີ່ຈຳເປັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທີ່ Caris ສະໜອງໃຫ້ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າອອກສິດປະໂຫຍດປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ສົ່ງເງິນຄືນທັງໝົດພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ລວມທັງ Medicare ແລະ Medicaid) ໃຫ້ກັບ Caris. ໃນກະລະນີທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີປະກັນໄພ, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ Caris Billing ຈະເຂົ້າເຖິງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອປຶກສາທາງເລືອກການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຮຽກເກັບເງິນສຳລັບການກວດ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ Caris ແລະ ຜູ້ຈ່າຍເງິນພາກສ່ວນທີສາມເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການແກ້ໄຂການຮຽກຮ້ອງ ແລະ/ຫຼື ການອອກອາໄສຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕິດຕໍ່ Caris ໄດ້ທຸກເວລາເພື່ອຖອນການຍິນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການເກັບກຳຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນກຳມະພັນ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການຖອນຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບໃດໆຕໍ່ກັບສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້: (i) ຕົວຢ່າງໃດໆ, ຂໍ້ມູນພັນທຸກັມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ຖືກເຮັດໃຫ້ບໍ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນ ແລະ ບໍ່ສາມາດຕິດຕາມກັບມາຫາຂ້າພະເຈົ້າໄດ້; (ii) ການໃຊ້ ຫຼື ການແບ່ງປັນຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນກຳມະພັນ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ໄດ້ເກີດຂຶ້ນແລ້ວ ຫຼື (iii) ໃນຂອບເຂດທີ່ Caris ຕ້ອງເກັບຮັກສາຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນພັນທຸກັມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆໄວ້ເພື່ອໃຫ້ສອດຄ່ອງກັບກົດໝາຍກຳນົດ. ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມ ແລະ ອະນຸຍາດໃຫ້ Caris (ແລະ ຕົວແທນ, ຜູ້ຮັບໜ້າ ແລະ ບຸກຄົນອື່ນເຮັດໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງ Caris) ໂທ ຫຼື ສົ່ງຂໍ້ຄວາມຫາຂ້າພະເຈົ້າໄດ້, ລວມທັງສຽງທີ່ບັນທຶກໄວ້ລ່ວງໜ້າ ຫຼື ສຽງທຽມ ຫຼື ໂດຍໃຊ້ລະບົບໂທຫາແບບອັດຕະໂນມັດທຸກປະເພດ ຫຼື ລະບົບອັດຕະໂນມັດອື່ນໆໃນການໂທ ຫຼື ສົ່ງຂໍ້ຄວາມໄປຫາເລກໂທລະສັບໃດໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ແພດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ໄວ້ກັບ Caris. ຖ້າ ຂ້າພະເຈົ້າລົງລາຍເຊັນ ໃນນາມຂອງຄົນເຈັບ, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນຕື່ມອີກວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດຕາມກົດໝາຍໃນການຍິນຍອມໃນນາມຄົນເຈັບ.

**MINNESOTA PATIENTS ONLY:** I understand that the foregoing consent to disclose my identifiable genetic information and identifiable or deidentified sample(s) is valid for a period of one year from the date of my signature below.

ຄົນເຈັບຂອງລັດມີິໂຊຕ້າເທົ່ານັ້ນ: ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການຍິນຍອມຂ້າງເທິງໃນການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກັມທີ່ລະບຸຕົວຕົນນັ້ນ ຈະມີອາຍຸໜຶ່ງປີ ຫຼັງຈາກວັນທີລົງລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າລຸ່ມນີ້.

**WYOMING PATIENTS ONLY:** I understand that I have the right to inspect, correct, and obtain my genetic information and request destruction of my genetic information under certain circumstances in accordance with Wyoming Statutes § 35-32-103. For example, Caris may deny my request to destroy my genetic information if retaining my information is necessary for one of the purposes described in this Patient Consent for Molecular Profiling.

ສຳລັບຄົນເຈັບຂອງລັດໄວໂອມິງເທົ່ານັ້ນ: ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ຈະກວດສອບ, ແກ້ໄຂ ແລະ ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນພັນທຸກຳຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຮ້ອງຂໍການທຳລາຍຂໍ້ມູນພັນທຸກຳຂອງຂ້າພະເຈົ້າພາຍໃຕ້ສະຖານະການບາງຢ່າງໂດຍສອດຄ່ອງກັບກົດໝາຍຂອງລັດໄວໂອມິງ § 35-32-103. ຕົວຢ່າງ: Caris ອາດຈະປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອທຳລາຍຂໍ້ມູນທາງກຳມະພັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າການເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນມີຄວາມຈຳເປັນສຳລັບຈຸດປະສົງໜຶ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນການຍິນຍອມຂອງຄົນເຈັບນີ້ສຳລັບການສ້າງຂໍ້ມູນໂມເລກຸນ.

Patient Name (print): \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 ຊື່ຄົນເຈັບ (ຊື່ແຈ້ງ): \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Patient's Legal Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຂອງຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_