

# Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada

## เอกสารแสดงความยินยอมของผู้ป่วยสำหรับวิธีการตรวจสอบระดับโมเลกุล - รัฐเนวาดา



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.

โปรดอ่านเอกสารนี้อย่างละเอียดและปรึกษากับแพทย์ของท่าน

หากท่านมีคำถาม โปรดติดต่อ Caris ที่อีเมล CarisConsents@CarisLS.com หรือโทร (888) 979-8669

ส่งอีเมลเอกสารที่กรอกข้อมูลเสร็จแล้วไปที่ CarisConsents@CarisLS.com หรือส่งโทรสารไปที่ 866-479-4925

### TEST INFORMATION ข้อมูลการตรวจ

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

##### วัตถุประสงค์ในการทดสอบ การเก็บตัวอย่าง และผลลัพธ์

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.

วิธีการตรวจสอบระดับโมเลกุลของ Caris Life Sciences® (Caris) จะประเมินตัวบ่งชี้มะเร็งที่พบในเนื้องอกหรือเลือดของท่าน เพื่อช่วยให้ทีมดูแลสุขภาพของท่านสามารถพัฒนาแผนการรักษาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับท่าน ในส่วนหนึ่งของการทดสอบของท่าน จะมีการส่งตัวอย่างเลือดและ/หรือตัวอย่างเนื้องอกของท่านไปยัง Caris ซึ่งจะทำการวิเคราะห์ตัวอย่างของท่านและกรดดีออกซีไรโบนิวคลีอิกและกรดไรโบนิวคลีอิกที่สกัดจากตัวอย่างของท่านเพื่อสร้างข้อมูลจีโนม Caris จะรายงานผลการทดสอบของท่านต่อแพทย์ที่สั่งการทดสอบของท่าน และรายงานต่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพรายอื่น ๆ ที่ทีมรักษาของท่านร้องขอ ผลการทดสอบอาจระบุว่าตัวบ่งชี้ที่ทำการตรวจนั้นมีอยู่หรือไม่อยู่ในตัวอย่างของท่าน และอาจระบุคุณลักษณะอื่น ๆ ของโรคมะเร็งของท่าน ท่านสามารถขอผลการทดสอบจากแพทย์ของท่านหรือจาก Caris เมื่อมีการร้องขอเป็นลายลักษณ์อักษรตามที่กฎหมายอนุญาต

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:

สำหรับวิธีการตรวจสอบระดับโมเลกุลจากทางเลือด (Caris Assure) ท่านและแพทย์ของท่านต่างมีโอกาสที่จะเลือกที่จะไม่รับรายงานข้อมูลทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ (จากครอบครัวของท่าน) แพทย์ของท่านอาจเลือกไม่รับการรายงานนี้ โดยเป็นส่วนหนึ่งของคุณสั่งให้มีการทดสอบของท่าน หากท่านไม่ต้องการรับการรายงานข้อมูลทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ โปรดทำเครื่องหมายในช่องต่อไปนี้:

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

ข้าพเจ้าไม่ขอรับ (ไม่ต้องกรอกรับ) การรายงานการทดสอบทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ซึ่งระบุถึงภาวะโน้มเอียงในการเกิดโรคมะเร็ง<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:

**วิธีการตรวจสอบระดับโมเลกุลจากเลือดเท่านั้น:** เว้นแต่ท่านหรือแพทย์ของท่านได้เลือกที่จะไม่รับรายงานข้อมูลทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ Caris Assure จะประกอบไปด้วยการรายงานข้อมูลทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ (จากครอบครัวของท่าน) ซึ่งสามารถให้ข้อมูลว่ามะเร็งของท่านมีสาเหตุจากความแปรปรวนของกรดดีออกซีไรโบนิวคลีอิกที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือไม่ รวมถึงความเสี่ยงของท่านต่อการเกิดมะเร็งชนิดอื่น ผลการทดสอบเหล่านี้อาจเผยให้เห็นข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับท่านหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านซึ่งไม่ได้คาดคิดไว้ และผลการทดสอบของท่านอาจมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวของท่าน ในบางกรณี แพทย์ของท่านอาจแนะนำให้ทำการทดสอบเพิ่มเติมเพื่อให้ผลลัพธ์ชัดเจนยิ่งขึ้น ท่านอาจต้องขอรับคำปรึกษาทางด้านพันธุศาสตร์ก่อนที่จะให้ความยินยอมสำหรับการตรวจ หากท่านให้ตัวอย่างเลือดสำหรับการทดสอบ และท่านหรือแพทย์ของท่านไม่ได้เลือกที่จะไม่รับรายงานข้อมูลทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ผลการทดสอบเชื้อสาย/พันธุกรรมของท่านอาจรวมถึง:

**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.

**ผลบวก:** ผลบวกอาจบ่งบอกว่าท่านเป็นพาหะ มีแนวโน้มที่จะเป็น หรือเป็นโรคหรือภาวะที่เฉพาะเจาะจงของการตรวจ หากท่านได้รับผลการทดสอบที่เป็นบวก ท่านอาจต้องการปรึกษากับแพทย์ของท่านหรือที่ปรึกษาทางพันธุศาสตร์ แพทย์ของท่านอาจส่งตัวท่านหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านเพื่อไปเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมหรือการตรวจเพื่อยืนยัน

# Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 2)



## เอกสารแสดงความยินยอมของผู้ป่วยสำหรับวิธีการตรวจสอบระดับโมเลกุล – รัฐเนวาดา (หน้า 2)

*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.

*ผลลบ:* ผลลบบ่งบอกว่า ไม่พบการแปรผันที่เป็นสาเหตุของโรคในการตรวจ อย่างไรก็ตาม ผลลบไม่ได้เป็นการรับประกันว่าท่านและสมาชิกในครอบครัวของท่านปราศจากโรคทางพันธุกรรมหรือภาวะทางการแพทย์อื่น ๆ และอาจมีข้อมูลเพิ่มเติมในอนาคตซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการแปลผลการทดสอบของท่านได้ อย่างไรก็ตาม Caris ไม่มีภาระผูกพันในการปรับปรุง กลับไปทบทวน หรือประเมินผลการทดสอบซ้ำอีกครั้งในภายหลัง หลังจากที่แพทย์ของท่านได้รับผลการทดสอบเหล่านั้นไปแล้ว

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

#### ประโยชน์ ความเสี่ยง และข้อจำกัดของการตรวจทางพันธุกรรม

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.

ประโยชน์ของการตรวจอาจรวมถึง: (1) ทำให้มีข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสำหรับตัวท่านเองและสมาชิกในครอบครัวของท่าน และ (2) โอกาสในการลงทะเบียนเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ความเสี่ยงจากการตรวจอาจรวมถึง: (1) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตรวจ (2) ความไม่สบายเล็กน้อยเมื่อให้ตัวอย่างเนื้อเยื่อหรือเลือดของท่าน (3) การเลือกปฏิบัติตามผลการตรวจของท่าน (แม้ว่ากฎหมายของรัฐบาลกลางและของรัฐบางฉบับจะให้การคุ้มครองการเลือกปฏิบัติทางพันธุกรรมบางประการ แต่กฎหมายเหล่านี้ ไม่ได้มีผลใช้บังคับกับทุกสถานการณ์ ท่านสามารถเข้าไปที่เว็บไซต์ [www.genome.gov/10002328](http://www.genome.gov/10002328) เพื่อดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการไม่เลือกปฏิบัติทางพันธุกรรม ซึ่งเป็นกฎหมายของรัฐบาลกลางที่คุ้มครองข้อมูลทางพันธุกรรม) และ (4) การสูญเสียการรักษาความลับเนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของท่านโดยไม่ได้รับอนุญาต (Caris มีการใช้มาตรการป้องกันที่เหมาะสมเพื่อปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน แต่ไม่สามารถรับประกันความลับของข้อมูลนี้ได้) ข้อจำกัด: Caris ไม่รับรองหรือรับประกันว่าการตรวจยีนจะตรวจพบการกลายพันธุ์ โน้มทั้งหมดและภาวะใดภาวะหนึ่ง ความแปรผันทางพันธุกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการทดสอบอาจไม่สามารถรายงานพร้อมกับผลการทดสอบของท่านได้

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

#### การรักษาความลับ การเก็บรักษา การใช้ และการแบ่งปันตัวอย่าง/ข้อมูล

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).

ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับการปฏิบัติต่อตัวอย่าง ข้อมูลจีโนม และข้อมูลด้านสุขภาพอื่น ๆ ของท่านอย่างมีความลับ ตามกฎหมายที่ใช้บังคับ แพทย์ที่สั่งการทดสอบของท่าน เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบุคคลที่สามตามคำขอของแพทย์ของท่าน อาจสามารถเข้าถึงตัวอย่างและผลการทดสอบของท่านได้ บุคลากรของ Caris และบุคคลอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานให้กับ Caris อาจได้รับตัวอย่างของท่าน ดำเนินการตรวจ หรือเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและผลการทดสอบของท่าน Caris อาจจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยตัวอย่าง ข้อมูลจีโนม และข้อมูลด้านสุขภาพอื่น ๆ ของท่าน ทั้งเป็นการภายในบริษัทและต่อบุคคลที่สาม ตามที่กฎหมายอนุญาตเพื่อวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติตามกฎระเบียบ วัตถุประสงค์ในการเบิกจ่ายเงินคืน การประกันคุณภาพหรือการปรับปรุงคุณภาพ กิจกรรมการดำเนินงาน การศึกษาเพื่อทดสอบความถูกต้อง การวิจัย การพัฒนาผลิตภัณฑ์ หรือ ในการตีพิมพ์เผยแพร่ นอกจากนี้ Caris ยังอาจใช้ข้อมูลของท่านเพื่อระบุและติดต่อแพทย์ของท่านเกี่ยวกับการวิจัยทางคลินิก หรือโอกาสในการวิจัยอื่น ๆ ตัวอย่างและข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้โดยไม่มีการกำหนด Caris จะทำให้ตัวอย่าง ข้อมูลจีโนม และข้อมูลด้านสุขภาพอื่น ๆ ไม่สามารถระบุตัวตนได้ หรือทำให้กลายเป็นข้อมูลสาธารณะ ตามขอบเขตที่กฎหมายที่ใช้บังคับกำหนด บุคคลที่สามที่อาจได้รับตัวอย่าง ข้อมูลจีโนม และข้อมูลด้านสุขภาพอื่น ๆ ของท่าน อาจรวมถึงหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไร หน่วยงานด้านการค้า หรือหน่วยงานของรัฐ เช่น นักวิจัยทางวิชาการ มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล ห้องปฏิบัติการ และบริษัทด้านวิทยาศาสตร์ชีวภาพ บริษัทประกันภัย บริษัทยา และบริษัทอื่น ๆ หากกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดผลิตภัณฑ์เชิงพาณิชย์หรือคำตอบแทนประเภทใด ๆ จะไม่มีการแบ่งปันรายได้แก่ท่านหรือ

# Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 3)



## เอกสารแสดงความยินยอมของผู้ป่วยสำหรับวิธีการตรวจสอบระดับโมเลกุล – รัฐเนวาดา (หน้า 3)

สมาชิกในครอบครัวของท่าน แม้ว่าตัวอย่าง ข้อมูลจีโนม และข้อมูลด้านสุขภาพอื่น ๆ ของท่านได้ถูกนำมาใช้ก็ตาม ท่านสามารถเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวของ Caris รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่อาจมีการใช้และแบ่งปันตัวอย่าง ข้อมูลจีโนม และข้อมูลด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้ในเชิงพาณิชย์ ทั้งในหรือนอกสหรัฐอเมริกาได้ที่ [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> อาจมีรายการงานผลการตรวจทางเภสัชพันธุศาสตร์บางรายการที่ไม่เกี่ยวข้องกันภาวะนิ่มเอียงในการเกิดโรคเมธิ่ง แม้ว่าจะทำเครื่องหมายในช่องนี้แล้วก็ตาม

### PATIENT CONSENT การให้ความยินยอมของผู้ป่วย

#### By signing below: โดยการลงลายมือชื่อด้านล่าง:

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.

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อมูลที่ให้ไว้ในเอกสารฉบับนี้ ได้หารือร่วมกับแพทย์ของข้าพเจ้าเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของผลการทดสอบที่เป็นบวกหรือลบและระดับความมั่นใจ ว่าผลการทดสอบที่เป็นบวกสำหรับโรคหรืออาการใด ๆ จะทำหน้าที่เสมือนเป็นตัวทำนายของโรคหรืออาการดังกล่าว และข้าพเจ้าได้รับโอกาสถามคำถาม ซึ่งได้รับคำตอบจนเป็นที่พึงพอใจของข้าพเจ้าแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมโดยสมัครใจให้ Caris ดำเนินการทดสอบ และยินยอมให้มีการรวบรวม ใช้ เก็บรักษา บำรุงรักษา และเปิดเผยตัวอย่าง ข้อมูลจีโนม และข้อมูลสุขภาพอื่น ๆ ของข้าพเจ้าตามที่อธิบายไว้ในเอกสารฉบับนี้ รวมถึงการติดต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับโอกาสในการวิจัยที่ข้าพเจ้าอาจมีคุณสมบัติเหมาะสม ข้าพเจ้าเข้าใจและอนุญาตให้ Caris เป็นผู้รับชำระเงินสำหรับการทดสอบ อนุญาตให้ Caris ดำเนินการในนามของข้าพเจ้าเกี่ยวกับการพิจารณา การปฏิเสธ และ/หรือการอุทธรณ์ที่จำเป็นใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความครอบคลุมของบริการที่ Caris มอบให้ และข้าพเจ้าได้มอบสิทธิในผลประโยชน์จากการประกันสุขภาพและการชำระเงินคืนทั้งหมดภายใต้แผนประกันสุขภาพ (รวมถึง Medicare และ Medicaid) ให้แก่ Caris ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่มีประกันสุขภาพ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหน่วยงาน Caris Billing จะติดต่อข้าพเจ้าเพื่อหารือเกี่ยวกับทางเลือกในการช่วยเหลือด้านการเงิน และข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าไม่เข้าเกณฑ์ได้รับความช่วยเหลือ ข้าพเจ้าจะได้รับใบแจ้งค่าตรวจดังกล่าว ข้าพเจ้าอนุญาตให้ Caris และผู้ชำระเงินบุคคลที่สามเปิดเผยข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการคุ้มครองของข้าพเจ้า เพื่อวัตถุประสงค์ในการแก้ไขข้อเรียกร้องและ/หรืออุทธรณ์ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ Caris ได้ทุกเมื่อเพื่อเพิกถอนความยินยอมในการเก็บรักษาตัวอย่าง ข้อมูลจีโนม และข้อมูลด้านสุขภาพอื่น ๆ ของข้าพเจ้า อย่างไรก็ตาม การเพิกถอนความยินยอมของข้าพเจ้าจะไม่มีผลกระทบต่อ: (1) ตัวอย่างใด ๆ ข้อมูลจีโนม และข้อมูลด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้ และไม่สามารถตามรอยย้อนกลับมาถึงตัวข้าพเจ้า ได้ในทันที (2) การใช้หรือการแบ่งปันตัวอย่าง ข้อมูลจีโนม และข้อมูลด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นแล้ว หรือ (3) ขอบเขตระยะเวลาที่ Caris ต้องเก็บรักษาตัวอย่าง ข้อมูลจีโนม และข้อมูลด้านสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายที่ใช้บังคับ ข้าพเจ้ายินยอมและอนุญาตให้ Caris (และตัวแทน ผู้รับจ้าง และบุคคลอื่น ๆ ที่ดำเนินการในนามของ Caris) โทรหาหรือส่งข้อความถึงข้าพเจ้า รวมถึงการติดต่อที่ใช้เสียงที่บันทึกไว้ล่วงหน้าหรือเสียงจากปัญญาประดิษฐ์ หรือโทรหาโดยใช้ระบบโทรออกอัตโนมัติทุกประเภทหรือระบบอัตโนมัติอื่น ๆ สำหรับการโทรหรือส่งข้อความ ไปยังหมายเลขใด ๆ ที่ข้าพเจ้าหรือแพทย์ของข้าพเจ้ามอบให้แก่ Caris หากข้าพเจ้าลงลายมือชื่อในนามของผู้ป่วย ข้าพเจ้าขอรับรองเพิ่มเติมว่าข้าพเจ้ามีอำนาจตามกฎหมายที่จะให้ความยินยอมในนามของผู้ป่วย

# Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 4)



## เอกสารแสดงความยินยอมของผู้ป่วยสำหรับวิธีการตรวจสอบระดับโมเลกุล – รัฐเนวาดา (หน้า 4)

### NEVADA CONSENT FOR OBTAINING, RETAINING OR DISCLOSING GENETIC INFORMATION

การให้ความยินยอมในการได้รับ การเก็บรักษา หรือการเปิดเผยข้อมูลทางพันธุกรรมของรัฐเนวาดา

As used in this document, “genetic information” means any information that is obtained from a genetic test.

ตามที่ใช้ในเอกสารฉบับนี้ “ข้อมูลทางพันธุกรรม” หมายถึงข้อมูลใดๆ ที่ได้รับการตรวจทางพันธุกรรม

1. I understand that no insurer or corporation that provides health insurance, carrier serving small employers or health maintenance organization may: (a) require me or any member of my family to take a genetic test; (b) require me to disclose whether I or any member of my family has taken a genetic test; (c) request my genetic information or the genetic information of a member of my family; or (d) determine the rates or any other aspect of the coverage or benefits for health care for me or my family based on whether I or any member of my family has taken a genetic test or based on my genetic information or the genetic information of any member of my family.
1. ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ไม่มีบริษัทประกันหรือบริษัทที่ให้บริการประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการที่ให้บริการแก่นายจ้างรายย่อย หรือองค์กรดูแลสุขภาพที่อาจ: (ก) กำหนดให้ข้าพเจ้าหรือสมาชิกใด ๆ ในครอบครัวของข้าพเจ้าเข้ารับการตรวจทางพันธุกรรม (ข) กำหนดให้ข้าพเจ้าต้องเปิดเผยว่าข้าพเจ้าหรือสมาชิกใด ๆ ในครอบครัวของข้าพเจ้า เคยเข้ารับการตรวจทางพันธุกรรมหรือไม่ (ค) ขอข้อมูลทางพันธุกรรมของข้าพเจ้าหรือข้อมูลทางพันธุกรรมของสมาชิกใด ๆ ในครอบครัวของข้าพเจ้า หรือ (ง) กำหนดอัตราหรือแง่มุมอื่นใดของความคุ้มครองหรือผลประโยชน์สำหรับการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้า โดยขึ้นอยู่กับว่าข้าพเจ้าหรือสมาชิกใด ๆ ในครอบครัวของข้าพเจ้าเคยเข้ารับการตรวจทางพันธุกรรมหรือไม่ หรือตามข้อมูลทางพันธุกรรมของข้าพเจ้าหรือข้อมูลทางพันธุกรรมของสมาชิกใด ๆ ในครอบครัวของข้าพเจ้า
2. I also understand that:
  2. ข้าพเจ้ายังเข้าใจด้วยว่า:
    - (a) I have the right to receive the results of a genetic test, in writing, within 10 working days after the person conducting the test has received the results. The written results must indicate that, except as otherwise provided in Chapter 629 of the Nevada Revised Statutes, my genetic information may not be obtained, retained or disclosed without first obtaining my informed consent.
    - (a) ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับผลการทดสอบทางพันธุกรรมเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 10 วันทำการ หลังจากที่ได้ดำเนินการตรวจได้รับผลการทดสอบ ผลการทดสอบที่เป็นลายลักษณ์อักษรจะต้องระบุว่า ห้ามมิให้มีการรับ เก็บรักษา หรือเปิดเผยข้อมูลทางพันธุกรรมของข้าพเจ้าโดยไม่ได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าเสียก่อน เว้นแต่จะระบุไว้เป็นอย่างอื่น ในหมวดที่ 629 ของกฎหมายฉบับแก้ไขของรัฐเนวาดา
    - (b) It is unlawful for a person or entity to obtain my genetic information without my informed consent, unless the information is obtained:
      - (1) by a federal, state, county or city law enforcement agency to establish the identity of a person or a dead human body; (2) to determine the parentage or identity of a person in certain circumstances; (3) to determine the paternity of a person in certain circumstances; (4) for use in a study where the identities of the persons from whom the genetic information is obtained are not disclosed to the person conducting the study; (5) to determine the presence of certain inheritable disorders in an infant in certain circumstances; or (6) Pursuant to an order of a court of competent jurisdiction.
    - (b) ถือเป็นสิ่งผิดกฎหมายในการที่บุคคลหรือนิติบุคคลได้รับข้อมูลทางพันธุกรรมของข้าพเจ้าโดยไม่ได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้า เว้นแต่การได้รับข้อมูลดังกล่าวเกิดขึ้น:
      - (1) โดยหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายของรัฐบาลกลาง ของรัฐ ของเทศมณฑล หรือของเมือง เพื่อพิสูจน์อัตลักษณ์ของบุคคลหรือศพ (2) เพื่อตัดสินความเป็นบิดามารดาหรืออัตลักษณ์ของบุคคลในบางสถานการณ์ (3) เพื่อตัดสินความเป็นบิดาของบุคคลในบางสถานการณ์ (4) เพื่อใช้ในการศึกษารวิจัยโดยไม่เปิดเผยตัวตนของบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลทางพันธุกรรมแก่ผู้ดำเนินการศึกษารวิจัย (5) เพื่อตัดสินการมีอยู่ของโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมบางอย่างในทารกในบางสถานการณ์ (6) ตามคำสั่งของศาลที่มีอำนาจตัดสินคดี
    - (c) It is unlawful for a person to retain genetic information that identifies me without first obtaining my informed consent, unless retention of the genetic information is: (1) necessary to conduct a criminal investigation, an investigation concerning the death of a person or a criminal or juvenile proceeding; (2) authorized pursuant to an order of a court of competent jurisdiction; or (3) necessary for certain medical facilities to maintain my medical records.
    - (c) ถือเป็นสิ่งผิดกฎหมายในการที่บุคคลจะเก็บรักษาข้อมูลทางพันธุกรรมที่ระบุตัวตนของข้าพเจ้าโดยไม่ได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าเสียก่อน เว้นแต่การเก็บรักษาข้อมูลทางพันธุกรรมนั้น: (1) จำเป็นต่อการสืบสวนคดีอาญา การสืบสวนที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคล หรือการดำเนินคดีอาญาหรือการดำเนินคดีกับเยาวชน (2) ได้รับอนุญาตตามคำสั่งของศาลที่มีอำนาจตัดสินคดี หรือ (3) จำเป็นต่อสถานพยาบาลบางแห่งเพื่อจัดเก็บเวชระเบียนของข้าพเจ้า
    - (d) If I have authorized a person to retain my genetic information, I may request that the person destroy the genetic information. Such a person shall destroy the information, unless retention of the information is: (1) necessary to conduct a criminal investigation, an investigation concerning the death of a person or a criminal or juvenile proceeding; (2) authorized by an order of a court of competent jurisdiction; (3) necessary for certain medical facilities to maintain my medical records; or (4) authorized or required by state or federal law.

# Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 5)



## เอกสารแสดงความยินยอมของผู้ป่วยสำหรับวิธีการตรวจสอบ ระดับโมเลกุล – รัฐเนวาดา (หน้า 5)

- (d) หากข้าพเจ้าอนุญาตให้บุคคลเก็บรักษาข้อมูลทางพันธุกรรมของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถขอให้บุคคลนั้นทำลายข้อมูลดังกล่าว เว้นแต่การเก็บรักษาข้อมูลนั้น: (1) จำเป็นต่อการสืบสวนคดีอาญา การสืบสวนที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของคุณ หรือการดำเนินคดีอาญาหรือการดำเนินคดีกับเยาวชน (2) ได้รับอนุญาตตามคำสั่งของศาลที่มีอำนาจตัดสินคดี หรือ (3) จำเป็นต่อสถานพยาบาลบางแห่งเพื่อจัดเก็บเวชระเบียนของข้าพเจ้า หรือ (4) ได้รับอนุญาตหรือเป็นไปตามที่กำหนดโดยกฎหมายของรัฐหรือรัฐบาลกลาง
- (e) Except as otherwise provided by federal law or regulation, a person who obtains my genetic information for use in a study shall destroy the information upon completion of the study or my withdrawal from the study, whichever occurs first, unless I authorize the person conducting the study to retain my genetic information after the study is completed or upon my withdrawal from the study.
- (e) เว้นแต่จะกำหนดไว้เป็นอย่างอื่นโดยกฎหมายหรือข้อบังคับของรัฐบาลกลาง บุคคลที่ได้รับข้อมูลทางพันธุกรรมของข้าพเจ้าเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย จะต้องทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย หรือเมื่อข้าพเจ้าถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย ขึ้นอยู่กับว่ากรณีใดจะเกิดขึ้นก่อน เว้นแต่ข้าพเจ้าจะอนุญาตให้บุคคลที่ดำเนินการศึกษาวิจัยเก็บรักษาข้อมูลทางพันธุกรรมของข้าพเจ้าหลังจากการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้น หรือเมื่อข้าพเจ้าถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย
- (f) It is unlawful for a person to disclose or to compel another person to disclose my identity if I was the subject of a genetic test or to disclose to another person genetic information that allows the other person to identify me without first obtaining my informed consent, unless the information is disclosed: (1) to conduct a criminal investigation, an investigation concerning the death of a person or a criminal or juvenile proceeding; (2) to determine the parentage or identity of a person in certain circumstances; (3) to determine the paternity of a person in certain circumstances; (4) pursuant to an order of a court of competent jurisdiction; (5) by a physician after I am deceased and my genetic information will assist in the medical diagnosis of persons related to me by blood; (6) to a federal, state, county or city law enforcement agency to establish the identity of a person or dead human body; (7) to determine the presence of certain inheritable preventable disorders in an infant in certain circumstances; or (8) by an agency of criminal justice in certain circumstances.
- (f) ถือเป็นสิ่งผิดกฎหมายในการที่บุคคลจะเปิดเผยหรือบังคับให้บุคคลอื่นเปิดเผยตัวตนของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครที่เข้ารับการตรวจทางพันธุกรรม หรือเปิดเผยข้อมูลทางพันธุกรรมแก่บุคคลอื่น ซึ่งทำให้บุคคลอื่นสามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้าได้โดยไม่ได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าเสียก่อน เว้นแต่การเปิดเผยข้อมูลนั้น: (1) เป็นไปเพื่อการสืบสวนคดีอาญา การสืบสวนที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของคุณ หรือการดำเนินคดีอาญาหรือการดำเนินคดีกับเยาวชน (2) เพื่อตัดสินความเป็นบิดามารดาหรืออัตลักษณ์ของคุณในบางสถานการณ์ (3) เพื่อตัดสินความเป็นบิดาของคุณในบางสถานการณ์ (4) เป็นไปตามคำสั่งของศาลที่มีอำนาจตัดสินคดี (5) เป็นการเปิดเผยโดยแพทย์หลังจากที่ข้าพเจ้าเสียชีวิต และข้อมูลทางพันธุกรรมของข้าพเจ้าจะช่วยในการวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าทางสายเลือด (6) เป็นการเปิดเผยต่อหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายของรัฐบาลกลาง ของรัฐ ของเทศมณฑล หรือของเมือง เพื่อพิสูจน์อัตลักษณ์ของคุณหรือศพ (7) เพื่อตัดสินการมีอยู่ของโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่สามารถป้องกันได้บางอย่างในทารกในบางสถานการณ์ หรือ (8) โดยหน่วยงานยุติธรรมทางอาญาในบางสถานการณ์

I, \_\_\_\_\_ (name of person giving consent), hereby give my consent to Caris to obtain my genetic information;  
ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ (ชื่อของบุคคลที่ให้ความยินยอม) ให้ความยินยอมแก่ Caris ในการรับข้อมูลทางพันธุกรรมของข้าพเจ้า

I, \_\_\_\_\_ (name of person giving consent), hereby give my consent to Caris to retain my genetic information; and  
ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ (ชื่อของบุคคลที่ให้ความยินยอม) ให้ความยินยอมแก่ Caris ในการเก็บรักษาข้อมูลทางพันธุกรรมของข้าพเจ้า และ

I, \_\_\_\_\_ (name of person giving consent), hereby give my consent to Caris to disclose my genetic information to the health care provider who ordered my test at the address identified on the test requisition and to my health plan/insurance carrier and its authorized representatives as necessary for reimbursement purposes.

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ (ชื่อของบุคคลที่ให้ความยินยอม) ให้ความยินยอมแก่ Caris ในการเปิดเผยข้อมูลทางพันธุกรรมของข้าพเจ้าต่อผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่สั่งตรวจข้าพเจ้า ตามที่อยู่ที่ระบุไว้ในใบขอส่งตรวจ และต่อผู้ดูแลแผนสุขภาพ/ผู้ให้บริการประกันภัยของข้าพเจ้าและตัวแทนที่ได้รับอนุญาต เท่าที่จำเป็นเพื่อวัตถุประสงค์ในการเบิกจ่ายเงินคืน

By signing below, I also acknowledge that I have read, understand, and agree to each statement on the preceding page of this form.

การลงนามด้านล่างแสดงว่าข้าพเจ้ารับรองด้วยว่าข้าพเจ้าได้อ่าน เข้าใจ และยอมรับข้อความแต่ละข้อความในหน้าก่อนหน้าของเอกสารฉบับนี้แล้ว

This consent document is valid until \_\_\_\_\_ (date of expiration). If no date is provided, this consent document will not expire.

เอกสารแสดงความยินยอมฉบับนี้มีผลจนถึง \_\_\_\_\_ (วันหมดอายุ) หากไม่มีการระบุวันที่ เอกสารแสดงความยินยอมฉบับนี้จะไม่หมดอายุ

# Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 6)



## เอกสารแสดงความยินยอมของผู้ป่วยสำหรับวิธีการตรวจสอบ ระดับโมเลกุล – รัฐเนวาดา (หน้า 6)

If the person tested is unable to sign, please indicate the reason here: \_\_\_\_\_

หากบุคคลที่เข้ารับการตรวจไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ โปรดระบุเหตุผลที่นี้: \_\_\_\_\_

Signature of consenting person or his or her legal representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

ลายมือชื่อของผู้ให้ความยินยอมหรือตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ให้ความยินยอม: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

พยาน: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_