

# Patient Consent for Molecular Profiling – Oregon

## ការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺសម្រាប់ការធ្វើតេស្តម៉ូលេគុល - អូរីហ្គិន



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.

សូមអានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរផ្សេងៗ សូមទាក់ទង Caris តាម CarisConsents@CarisLS.com ឬ (888) 979-8669។

ផ្ញើអ៊ីមែលទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញតាមអ៊ីមែលទៅ CarisConsents@CarisLS.com ឬផ្ញើតាមទូរស័ព្ទទៅ 866-479-4925។

### TEST INFORMATION ព័ត៌មានតេស្ត

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

##### គោលបំណងការធ្វើតេស្ត ការប្រមូលសំណាក និងលទ្ធផល

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.

ការធ្វើតេស្តម៉ូលេគុលពី Caris Life Sciences® (Caris) វាយតម្លៃលើសញ្ញាសម្គាល់ជំងឺមហារីកដែលរកឃើញនៅក្នុងដុំសាច់ ឬឈាមរបស់អ្នក ដើម្បីជួយក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបង្កើតផែនការព្យាបាលដែលជាក់លាក់សម្រាប់អ្នក។ ជាផ្នែកមួយនៃការធ្វើតេស្តរបស់អ្នក សំណាកឈាម និង/ឬសំណាកដុំសាច់របស់អ្នកនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅ Caris ជាកន្លែងដែលសំណាករបស់អ្នកហើយ DNA និង RNA ដែលស្រង់ចេញពីសំណាករបស់អ្នក នឹងត្រូវបានវិភាគ ដោយផលិតបានជាព័ត៌មានហ្សែន។ Caris នឹងវាយតម្លៃលើលទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នកទៅកាន់គ្រូពេទ្យដែលបានបង្គាប់បញ្ជាការធ្វើតេស្តរបស់អ្នក និងទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលស្នើសុំដោយក្រុមព្យាបាលរបស់អ្នក។ លទ្ធផលតេស្តអាចបង្ហាញថាអង្គសម្ពាធដែលបាននិងកំពុងធ្វើតេស្តសម្រាប់ គឺមាន ឬមិនមាននៅក្នុងសំណាករបស់អ្នក ហើយប្រហែលកំណត់អត្តសញ្ញាណបុគ្គលិកលក្ខណៈផ្សេងៗទៀតនៃជំងឺមហារីករបស់អ្នក។ លទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នកអាចរកបានពីគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ឬពី Caris តាមសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។

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:

សម្រាប់ការធ្វើតេស្តផ្អែកលើឈាម (Caris Assure) អ្នកនិងគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកម្នាក់ៗមានឱកាសក្នុងការជ្រើសយកពីការទទួលបានរបាយការណ៍អំពីព័ត៌មានហ្សែនដែលតំណពូជ (ពីគ្រួសាររបស់អ្នក)។ ប្រសិនបើអ្នកប្រហែលជាបានជ្រើសរើសចេញពីការវាយតម្លៃនេះជាផ្នែកនៃការបង្គាប់បញ្ជាការធ្វើតេស្តរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ជ្រើសរើសយកពីការវាយតម្លៃនេះពីព័ត៌មានហ្សែនដែលតំណពូជ សូមគូសដីកប្រអប់ខាងក្រោម៖

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

**មានតែការបញ្ជូលឈាមប៉ុណ្ណោះ៖** លុះត្រាតែអ្នក ឬគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកបានជ្រើសរើសចេញពីការទទួលបានរបាយការណ៍នៃព័ត៌មានហ្សែនដែលតំណពូជ Caris Assure រួមបញ្ចូលការវាយតម្លៃអំពីព័ត៌មានហ្សែនដែលតំណពូជ (ពីគ្រួសាររបស់អ្នក) ដែលអាចផ្តល់ព័ត៌មានអំពីថាតើជំងឺមហារីករបស់អ្នកត្រូវបានជំរុញដោយវារីង DNA ដែលមានតំណពូជ និងហានិភ័យរបស់អ្នកនៃការអភិវឌ្ឍប្រភេទមហារីកផ្សេងទៀត។ លទ្ធផលទាំងនេះអាចបង្ហាញព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នក ឬគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមិននឹកស្មានដល់ ហើយលទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នកអាចបង្ហាញជាបញ្ហាសុខភាពផ្សេងៗដល់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក។ ក្នុងករណីខ្លះ គ្រូពេទ្យរបស់អ្នកអាចណែនាំឱ្យធ្វើតេស្តបន្ថែម ដើម្បីបញ្ជាក់លទ្ធផលទាំងនោះ។ អ្នកប្រហែលជាចង់ទទួលបានការប្រឹក្សាអំពីហ្សែនមុនពេលយល់ព្រមធ្វើតេស្ត។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សំណាកឈាមសម្រាប់ការធ្វើតេស្តរបស់អ្នក ហើយអ្នក ឬគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកមិនបានជ្រើសរើសយកពីការទទួលបានរបាយការណ៍នៃព័ត៌មានហ្សែនដែលតំណពូជ លទ្ធផលតេស្តមេរោគ/តំណពូជរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូល៖

**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.

**វិជ្ជមាន៖** លទ្ធផលវិជ្ជមានអាចបង្ហាញថាអ្នកគឺជាអ្នកផ្ទុកជំងឺ ចម្លង ឬមានជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ដែលកំពុងត្រូវបានធ្វើតេស្ត។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានលទ្ធផលវិជ្ជមាន អ្នកប្រហែលជាចង់និយាយជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ឬអ្នកប្រឹក្សាហ្សែន។ អ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកអាចត្រូវបានបញ្ជូនដោយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកសម្រាប់ការតេស្តបន្ថែម ឬធ្វើតេស្តបញ្ជាក់។

**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.

**អវិជ្ជមាន៖** លទ្ធផលអវិជ្ជមានបង្ហាញថាមិនមានការប្រែប្រួលដែលបង្កជំងឺត្រូវបានកំណត់នៅក្នុងការធ្វើតេស្តដែលបានអនុវត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ លទ្ធផលអវិជ្ជមានមិនធានាថាអ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នករួចផុតពីជំងឺហ្សែន ឬលក្ខខណ្ឌផ្សេងៗទៀតទេ ហើយព័ត៌មានបន្ថែមអាចនឹងមាននៅពេលអនាគត ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ការបកស្រាយលទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នក។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ Caris មិនមានកាតព្វកិច្ចក្នុងការអាប់ដេត ពិនិត្យមើលឡើងវិញ ឬនៅពេលក្រោយវាយតម្លៃឡើងវិញនូវលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្ត បន្ទាប់ពីលទ្ធផលទាំងនោះត្រូវបានដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់សម្រាប់គ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។

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



## ការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺសម្រាប់ការធ្វើទម្រង់ម៉ូលេគុល - អូរីហ្គីន (ទំព័រទី 2)

### TEST INFORMATION ព័ត៌មានតេស្ត

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

##### អត្ថប្រយោជន៍ ហានិភ័យ និងដែនកំណត់នៃការធ្វើតេស្តទាក់ទងនឹងហ្សែន

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.

អត្ថប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តអាចរួមមាន៖ (i) ព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនអ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក និង (ii) ការចុះឈ្មោះជាសក្តានុពលក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ។ ហានិភ័យនៃការធ្វើតេស្តអាចរួមមាន៖ (i) ការចង់បានព័ត៌មានអំពីការធ្វើតេស្ត; (ii) ភាពមិនស្រួលបន្តិចបន្តួចនៅពេលផ្តល់ជាលិកា ឬសំណាកឈាមរបស់អ្នក; (iii) ការរើសអើងដោយផ្អែកលើលទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នក (ខណៈពេលដែលច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋមួយចំនួនផ្តល់ការការពារមួយចំនួនប្រឆាំងនឹងការរើសអើងហ្សែន ច្បាប់ទាំងនេះមិនអនុវត្តនៅគ្រប់ស្ថានភាពទាំងអស់នោះទេ។ អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័រ [www.genome.gov/10002328](http://www.genome.gov/10002328) សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីច្បាប់មិនរើសអើងហ្សែន ដែលជាច្បាប់សហព័ន្ធដែលការពារព័ត៌មានហ្សែន); និង (iv) ការបាត់បង់នូវការសម្ងាត់ដោយសារតែការចូលប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដោយគ្មានការអនុញ្ញាត (Caris អនុវត្តការការពារសមហេតុផលដើម្បីការពារព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនអាចធានាភាពសម្ងាត់នៃព័ត៌មាននេះបានទេ)។ ដែនកំណត់៖ Caris មិនធ្វើការធានា ឬធានាថាការធ្វើតេស្តហ្សែន(នានា) របស់ខ្លួនរកឃើញការផ្លាស់ប្តូរហ្សែនទាំងអស់ និងគ្រប់ក្រុមហ៊ុនដឹកជញ្ជូនទាំងអស់នៃលក្ខខណ្ឌមួយនោះទេ។ ការប្រែប្រួលហ្សែនដែលមិនត្រូវបានផ្សារភ្ជាប់ជាមួយនឹងគោលបំណងនៃការធ្វើតេស្តអាចមិនត្រូវបានរាយការណ៍ជាមួយនិងលទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នកនោះទេ។

#### Confidentiality, Sample/Data Retention, Use, and Sharing ការរក្សាការសម្ងាត់ ការរក្សាទុក ការប្រើប្រាស់ និងការចែករំលែកសំណាក/ទិន្នន័យ

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).

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការប្រព្រឹត្តិការសម្ងាត់សំណាក(នានា) ព័ត៌មានហ្សែន និងទិន្នន័យសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ស្របតាមច្បាប់ជាធរមាន។ គ្រូពេទ្យដែលបានបង្គាប់បញ្ជាឱ្យធ្វើតេស្តរបស់អ្នក បុគ្គលិក និងសមាជិកបណ្តាញ និងភាគីទីបីតាមការស្នើសុំរបស់គ្រូពេទ្យ អាចមានសិទ្ធិចូលប្រើសំណាក និងលទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នក។ បុគ្គលិក Caris និងអ្នកផ្សេងទៀតដែលធ្វើការឱ្យ Caris អាចទទួលបានសំណាករបស់អ្នក ធ្វើតេស្ត ឬមានសិទ្ធិចូលប្រើទិន្នន័យសុខភាព និងលទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នក។ Caris អាចរក្សាទុក ប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញសំណាក(នានា)របស់អ្នក ព័ត៌មានហ្សែន និងទិន្នន័យសុខភាពផ្សេងទៀត ទាំងខាងក្នុង និងដល់ភាគីទីបី ដូចដែលបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សម្រាប់គោលបំណងអនុលោមតាមបទប្បញ្ញត្តិ គោលបំណងនៃការទូទាត់សង ការធានាគុណភាព ឬការកែលម្អ សកម្មភាពប្រតិបត្តិការ ការសិក្សាសុពលភាព ការស្រាវជ្រាវ ការអភិវឌ្ឍផលិតផល ឬនៅក្នុងការបោះពុម្ពផ្សាយ។ Caris ក៏អាចប្រើព័ត៌មានរបស់អ្នកដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងទាក់ទងគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកអំពីការសាកល្បងព្យាបាល ឬឱកាសស្រាវជ្រាវផ្សេងៗទៀតផងដែរ។ សំណាក និងទិន្នន័យរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរក្សាទុកដោយគ្មានកំណត់។ Caris នឹងលុបអត្តសញ្ញាណ ឬធ្វើសំណាក(នានា) ព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងហ្សែន និងទិន្នន័យសុខភាពផ្សេងទៀតជាអនាមិក តាមទំហំដែលត្រូវការដោយច្បាប់។ ភាគីទីបីដែលអាចទទួលបានសំណាក(នានា)របស់អ្នក ព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងហ្សែន និងទិន្នន័យសុខភាពផ្សេងទៀតអាចរួមបញ្ចូលស្ថាប័នមិនរកប្រាក់ចំណេញ ពាណិជ្ជកម្ម ឬរដ្ឋាភិបាល ដូចជាអ្នកស្រាវជ្រាវការសិក្សា សាកលវិទ្យាល័យ មន្ទីរពេទ្យ មន្ទីរពិសោធន៍ និងវិទ្យាសាស្ត្រជីវិត ការធានារ៉ាប់រង ឱសថ និងក្រុមហ៊ុនផ្សេងៗទៀត។ ប្រសិនបើសកម្មភាពទាំងនេះនាំឱ្យមានផលិតផលពាណិជ្ជកម្ម ឬសំណងនៃប្រភេទណាមួយ ប្រាក់ចំណូល និងមិនត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នក ឬគ្រួសាររបស់អ្នកទេ ទោះបីជាសំណាក(នានា)របស់អ្នក ព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងហ្សែន និងទិន្នន័យសុខភាពផ្សេងទៀតត្រូវបានប្រើប្រាស់ក៏ដោយ។ អ្នកអាចស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការអនុវត្តកិច្ចពន្ធនាព័ត៌មានរបស់ Caris រួមទាំងព័ត៌មានអំពីរបៀបដែលលុបអត្តសញ្ញាណសំណាក(នានា) ព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងហ្សែន និងទិន្នន័យសុខភាពផ្សេងទៀតត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាលក្ខណៈពាណិជ្ជកម្ម និងចែករំលែកក្នុង ឬក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកដោយចូលមើល [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> លទ្ធផលតេស្តហ្សែនដែលប្រតិកម្មនឹងថ្នាំជាក់លាក់ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺជំងឺនៃការរីករាលដាលអាចត្រូវបានប្រាប់ឱ្យដឹង សូម្បីតែប្រអប់នេះត្រូវបានគូសដឹកក៏ដោយ។

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



## ការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺសម្រាប់ការធ្វើទម្រង់ម៉ូលេគុល - អូរីហ្គីន (ទំព័រទី 3)

**PATIENT CONSENT ការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺ**

It has been explained to me that the procedure to be undertaken is a test of my DNA sample to obtain genetic information solely for the purpose(s) listed on this form. It has also been explained that consent to this procedure is completely voluntary. I have been told that there are risks and potential consequences regarding employability, insurability and social discrimination that may result from the collection of my genetic information.

វាត្រូវបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំថា នីតិវិធីដែលត្រូវធ្វើការធ្វើតេស្តគំរូ DNA របស់ខ្ញុំ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានហ្សែនសម្រាប់តែគោលបំណង(នានា) ដែលបានរាយនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។ វាត្រូវបានពន្យល់ផងដែរថា ការយល់ព្រមចំពោះនីតិវិធីនេះគឺស្ម័គ្រចិត្តទាំងស្រុង។ ខ្ញុំត្រូវបានគេប្រាប់ថាមានហានិភ័យ និងផលវិបាកដែលអាចកើតមានទាក់ទងនឹងការងារ ធានារ៉ាប់រង និងការរើសអើងក្នុងសង្គម ដែលអាចបណ្តាលមកពីការប្រមូលព័ត៌មានហ្សែនរបស់ខ្ញុំ។

**Please check one:**

**សូមពិនិត្យមើលមួយ៖**

- I have been asked if I want a more detailed explanation of the risks and benefits of genetic testing. I am satisfied with the explanation provided to me and do not need any more information.
- ខ្ញុំត្រូវបានគេសួរថាតើខ្ញុំចង់បានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតអំពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តហ្សែនដែរឬទេ។ ខ្ញុំពេញចិត្តនឹងការពន្យល់ដែលបានផ្តល់ឱ្យខ្ញុំ ហើយមិនត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមទៀតទេ។
- I have requested and received further explanation for the proposed genetic test and more information about the potential risks and consequences for the test for me and my family. I am satisfied with the additional information provided to me and do not need any more information.
- ខ្ញុំបានស្នើសុំ និងទទួលបានការពន្យល់បន្ថែមសម្រាប់ការធ្វើតេស្តហ្សែនដែលបានស្នើឡើង និងព័ត៌មានបន្ថែមអំពីហានិភ័យ និងផលវិបាកដែលអាចកើតមានសម្រាប់ការធ្វើតេស្តសម្រាប់ខ្ញុំ និងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំពេញចិត្តនឹងព័ត៌មានបន្ថែមដែលផ្តល់ឱ្យខ្ញុំ ហើយមិនត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមទៀតទេ។
- I have requested further explanation of the proposed genetic test and more information about the potential risks and consequences for the test for me and my family, and do not consent to the collection of my genetic information at this time. **IF YOU CHECK THIS BOX, DO NOT SIGN THIS FORM.**
- ខ្ញុំបានស្នើសុំការពន្យល់បន្ថែមអំពីការធ្វើតេស្តហ្សែនដែលបានស្នើឡើង និងព័ត៌មានបន្ថែមអំពីហានិភ័យ និងផលវិបាកដែលអាចកើតមានសម្រាប់ការធ្វើតេស្តសម្រាប់ខ្ញុំ និងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ហើយមិនយល់ព្រមចំពោះការប្រមូលព័ត៌មានហ្សែនរបស់ខ្ញុំនៅពេលនេះទេ។ **ប្រសិនបើអ្នកត្រួតពិនិត្យប្រអប់នេះ កុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។**

**By signing below:**

**ដោយចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖**

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. 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.

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



## ការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺសម្រាប់ការធ្វើទម្រង់ម៉ូលេគុល - អូរីហ្គីន (ទំព័រទី 4)

**PATIENT CONSENT ការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺ**

ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាខ្ញុំបានអាន និងយល់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ បានពិភាក្សាអំពីភាពជឿជាក់នៃលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមាន ឬអវិជ្ជមាន និងកម្រិតនៃភាពប្រាកដប្រជាថា លទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមានសម្រាប់ជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់ជាអ្នកព្យាបាលជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌបែបនេះជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ព្រមដោយស្ម័គ្រចិត្តក្នុងការអនុវត្តការធ្វើតេស្តដោយ Caris និងការប្រមូលការប្រើប្រាស់ ការរក្សាទុក តំហែទាំ និងការបង្ហាញពីសំណាករបស់ខ្ញុំ ព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងហ្សែន និងទិន្នន័យសុខភាពផ្សេងទៀត ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ រួមទាំងទាក់ទងមកខ្ញុំអំពីឱកាសស្រាវជ្រាវជាសក្តានុពល ដែលខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ខ្ញុំយល់ និងអនុញ្ញាតឱ្យ Caris ទទួលបានការទូទាត់សម្រាប់ការធ្វើតេស្ត អនុញ្ញាតឱ្យ Caris ធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមខ្ញុំទាក់ទងនឹងការពិចារណា ការបដិសេធ និង/ឬបណ្តឹងទាមទារចាំបាច់ណាមួយដែលទាក់ទងនឹងការធានារ៉ាប់រងនៃសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយ Caris ហើយខ្ញុំផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងសំណងទាំងអស់នៅក្រោមគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ (រួមទាំង Medicare និង Medicaid) ទៅដល់ Caris។ ក្នុងករណីដែលខ្ញុំមិនមានធានារ៉ាប់រង ខ្ញុំដឹងថា Caris Billing នឹងទាក់ទងមកខ្ញុំដើម្បីពិភាក្សាអំពីជម្រើសជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទេ ខ្ញុំនឹងត្រូវចេញប្រាក់ថ្លៃធ្វើការសាកល្បង។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ Caris និងអ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបីបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពាររបស់ខ្ញុំណាមួយ សម្រាប់គោលបំណងនៃការដោះស្រាយការទាមទារ និង/ឬបណ្តឹងតវ៉ារបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចទាក់ទង Caris នៅពេលណាក៏បានដើម្បីដកការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំចំពោះការរក្សាទុកសំណាក(នានា) របស់ខ្ញុំ ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងហ្សែន និងទិន្នន័យសុខភាពផ្សេងទៀតវិញបាន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការដកហូតរបស់ខ្ញុំនឹងមិនមានឥទ្ធិពលលើចំណុចខាងក្រោមទេ៖ (i) សំណាក(នានា)ណាមួយ ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងហ្សែន និងទិន្នន័យសុខភាពផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានលុបកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងមិនអាចតាមដានបានយ៉ាងងាយស្រួលមកខ្ញុំវិញ (ii) ការប្រើប្រាស់ ឬការចែករំលែកសំណាក(នានា) ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងហ្សែន និងទិន្នន័យសុខភាពផ្សេងទៀតដែលបានកើតឡើងរួចហើយ ឬ (iii) ចំពោះវិសាលភាពដែល Caris ត្រូវតែរក្សាសំណាក(នានា) ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងហ្សែន និងទិន្នន័យសុខភាពផ្សេងទៀតដើម្បីអនុវត្តតាមច្បាប់ជាធរមាន។ ខ្ញុំយល់ព្រម និងអនុញ្ញាតឱ្យ Caris (និងភ្នាក់ងាររបស់ខ្លួន អ្នកម៉ៅការ និងអ្នកផ្សេងទៀតធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្លួន) ធ្វើការហៅទូរសព្ទ ឬផ្ញើសារមកខ្ញុំ រួមទាំងអ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសំឡេងដែលបានថតទុកមុន ឬសិប្បនិម្មិត ឬដាក់ដោយប្រើប្រព័ន្ធហៅទូរសព្ទដោយស្វ័យប្រវត្តិប្រភេទណាមួយ ឬប្រព័ន្ធស្វ័យប្រវត្តិផ្សេងទៀតសម្រាប់ការហៅទូរសព្ទ ឬផ្ញើសារទៅកាន់លេខណាមួយដែលខ្ញុំ ឬគ្រូពេទ្យរបស់ខ្ញុំ ផ្តល់ទៅឱ្យ Caris។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមអ្នកជំងឺ ខ្ញុំបញ្ជាក់បន្ថែមថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិអំណាចត្រួតពិនិត្យក្នុងការយល់ព្រមក្នុងនាមអ្នកជំងឺ។

Patient Name (print): \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 ឈ្មោះអ្នកជំងឺ (សរសេរអក្សរធំ)៖ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Patient's Legal Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ ឬអ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់របស់អ្នកជំងឺ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_