

หนังสือแสดงความยินยอมในการแยกกักในชุมชน (Community Isolation : CI)  
เนื่องจากการติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 หรือ เป็นโรคโควิด 19

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....ปี (H.N.).....  
เลขที่ภายใน (A.N.).....เข้ารับการรักษาพยาบาลที่.....  
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (สำหรับเจ้าหน้าที่ )

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ข้าพเจ้าเป็นผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน โดยมีความสัมพันธ์เป็น.....ของ  
ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ผลการตรวจโดยวิธี ATK พบว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
และกำลังรอผลตรวจการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) โดยวิธี RT-PCR

ข้าพเจ้ายินยอมเข้ารับการแยกกักในชุมชนโดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำทุกประการ เช่น งดออกนอก  
ร่างกาย และวัดค่าออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) ตามเวลาที่กำหนด และได้รับทราบความเสี่ยงที่  
อาจเกิดขึ้น หากผลการตรวจ RT-PCR ว่า ไม่พบว่ามีเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัย หรือแผนการดูแลรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับ  
คำอธิบายเพิ่มเติม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลส่วนตัวด้านภาวะสุขภาพที่อาจมีผลต่อการดูแลรักษาแก่แพทย์และบุคลากร  
ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะตั้งครรภ์ โรคประจำตัว เป็นต้น

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมในการเข้ารับการแยกกักในชุมชนด้วยความสมัครใจ ณ ที่นี้  
ทั้งนี้ หากมีการนำข้อมูลของข้าพเจ้าไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคตโดย วิเคราะห์ใน  
ภาพรวม ไม่ระบุตัวบุคคล

ยินยอม  ไม่ยินยอม

ชื่อผู้ใกล้ชิดที่ติดต่อได้..... เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
(.....) (.....)  
ผู้ป่วย ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย แพทย์

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
(.....) (.....)  
พยาน พยาน