

หนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจเข้ารับการตรวจเชื้อเอชไอวี, สารเสพติด และ/หรือ แอลกอฮอล์

จุดประสงค์ของการตรวจในครั้งนี้

Random

Return-to-duty

Pre-employment

Follow-up

Reasonable Suspicion/Cause

Post-Accident

ข้าพเจ้า ในฐานะผู้ร้องขอรับใบสำคัญแพทย์ มีความเข้าใจดีว่าการตรวจร่างกายเพื่อขอรับใบสำคัญแพทย์นี้ มีความจำเป็น ต้องได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเพื่อดำเนินการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวี, สารเสพติด และ/หรือแอลกอฮอล์ โดยวิธีการตรวจปัสสาวะ และ/หรือตรวจเลือด และ/หรือตรวจลมหายใจ เพื่อให้เป็นไปตามกฎระเบียบทางเวชศาสตร์การบิน ข้าพเจ้าจึงยินยอมให้ศูนย์/สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบิน ดำเนินการตรวจดังกล่าวตามที่แพทย์เห็นสมควร

ข้าพเจ้าทราบว่า หากการตรวจครั้งนี้ยืนยันผลการตรวจเป็นบวกคือพบเชื้อหรือสารดังกล่าวในร่างกายของข้าพเจ้า หรือข้าพเจ้าไม่ยินยอมเข้ารับการตรวจในหนังสือฉบับนี้ หรือ ข้าพเจ้าปฏิเสธการตรวจตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือข้าพเจ้าไม่สามารถเก็บตัวอย่างจากร่างกายเพื่อนำไปทำการตรวจ อาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออก/หรือสั่งพักใช้/หรือสั่งเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ และข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่า การตรวจทำให้ปนเปื้อนหรือปลอมแปลงตัวอย่างจากร่างกายเพื่อการตรวจนี้ให้ถือเสมือนเป็นการปฏิเสธการตรวจ ซึ่งอาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออก/หรือสั่งพักใช้/หรือสั่งเพิกถอนใบสำคัญแพทย์

การตรวจนี้มีข้อยกเว้นสำหรับยาที่ใช้เพื่อการรักษาโรคอย่างถูกต้องตามกฎหมายซึ่งสั่งจ่ายโดยแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากในรอบ 96 ชั่วโมงที่ผ่านมาข้าพเจ้าได้รับยาที่อาจมีผลรบกวนการตรวจคัดกรองนี้ ข้าพเจ้าขอชี้แจงรายละเอียดดังนี้ (รายละเอียดอื่นที่จำเป็นอาจเพิ่มเติมเป็นเอกสารแนบได้)

Drugs Name	Dosage	Physician
_____	_____	_____

ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยผลการตรวจนี้และข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็นให้เป็นการเฉพาะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องและมีความจำเป็นในการตัดสินใจผลการตรวจ และยินยอมให้มีการประชุมอภิปรายผลการตรวจภายในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์, ที่ปรึกษาทางกฎหมาย, สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย (กพท.) และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการ และประเมินสรุปผลการตรวจ ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและถูกเปิดเผยจำกัดเฉพาะบุคลากรหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตอย่างเหมาะสมเท่านั้น ผลการตรวจและข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกนำมาใช้เพื่อจุดประสงค์การประเมินผลทางการแพทย์เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจ, ศูนย์หรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบิน และบุคลากรรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีอำนาจในการร้องขอหรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลและผลการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า ได้จากแพทย์, โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีการบันทึกหรือทราบข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า ที่อาจมีผลกระทบต่อพิจารณาการตรวจร่างกายเพื่อออกใบสำคัญแพทย์ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง

ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเอาผิดหรือเรียกค่าเสียหายกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจครั้งนี้ รวมถึงบุคคลภายนอกที่ให้ข้อมูลทางการแพทย์ใดๆของข้าพเจ้า สำหรับการเปิดเผย และ/หรือการใช้ข้อมูล, เอกสารที่เกี่ยวข้อง ตราบเท่าที่การเปิดเผย และ/หรือการใช้ข้อมูล, เอกสารที่เกี่ยวข้อง นั้น เป็นไปตามเงื่อนไขที่อธิบายไว้ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดและเข้าใจเงื่อนไขทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว และข้าพเจ้าเห็นชอบว่าเนื้อหาของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้เสมือนต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้ยินยอมลงนามในหนังสือฉบับนี้ด้วยความสมัครใจ มิได้มีการบังคับ ชูเชี่ยว ล่อลวง ให้สัญญา ทำอันตรายต่อร่างกาย, จิตใจ หรือทรัพย์สิน แต่อย่างไรก็ตาม ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าให้ไว้มีความถูกต้องเป็นจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

_____	_____	_____
ลายมือชื่อผู้ร้องขอ	ชื่อผู้ร้องขอ(ตัวบรรจง)	วันที่
_____	_____	_____
ลายมือชื่อพยาน	ชื่อพยาน(ตัวบรรจง)	วันที่
ในกรณีที่ผู้ร้องขอเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์) ผู้ปกครอง/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน		
_____	_____	_____
ลายมือชื่อผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม	ชื่อผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม(ตัวบรรจง)	วันที่

