



THAILAND DNA-PROKIDS CENTER

กลุ่มงานตรวจเลือดชีวเคมีและเขม่าดินปืน สถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
ถ.อังรีดูนังต์ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0 2207 6108 — 12 ต่อ 4101 โทรสาร. ต่อ 4102 (อัตโนมัติ 24 ชั่วโมง)

แบบลงทะเบียนวัตถุพยานเพื่อตรวจดีเอ็นเอในโครงการ THAILAND DNA-PROKIDS

ข้อความสำคัญ

ก่อนจะลงทะเบียนเพื่อให้มีการตรวจสอบสารพันธุกรรมเก็บไว้ในฐานข้อมูลเพื่อรอการเปรียบเทียบนั้น ท่านต้องมีการแจ้งความต่อพนักงานสอบสวนแล้ว

Form : LC01 (กรณีที่พบเด็กต้องสงสัยทุกกรณี)

วันที่ เดือน.....พ.ศ.

1. ได้ดำเนินการแจ้งความไว้ที่สถานีตำรวจ เมื่อวันที่ / /

ชื่อพนักงานสอบสวนผู้รับเรื่อง..... แนบสำเนาบันทึกประจำวัน

2. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

- ชื่อ นามสกุล..... เพศ..... อายุ.....

- บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ (ถ้ามี) หรือ

ใบสูติบัตรเลขที่..... (ถ้ามี) หรือ

หนังสือเดินทางหมายเลขที่..... (กรณีเป็นชาวต่างชาติเท่านั้น)

- รหัสตัวอย่าง : LC □□□□-□□-□□-□□ (= ปี-เดือน-วันลำดับ เช่น 2553-08-01-01)

3. ข้อมูลของบิดา มารดา(ถ้าทราบ)

- บิดาชื่อ นามสกุล.....

- มารดาชื่อ นามสกุล.....

- ที่อยู่ : บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ □□□□□

4. ที่พักในปัจจุบัน

- สถานสงเคราะห์..... เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ □□□□□ โทรศัพท์

พลิก ➡ ต่อด้านหลัง

5. วันที่เกิดเหตุ..... สถานที่เกิดเหตุ.....
 รายละเอียดเท่าที่ทราบ
6. การแสดงความยินยอม (โดยผู้ที่ได้รับมอบอำนาจให้ดูแลเด็ก)
- 6.1 ข้าพเจ้ายินยอมให้เก็บตัวอย่างเยื่อบุกระพุ้งแก้ม/เส้นผม/โลหิต โดยสมัครใจ ไม่ได้ถูกบังคับขู่เข็ญ ทำร้ายร่างกาย หรือให้สัญญาใดๆ
- 6.2 ข้าพเจ้ายินยอมให้รหัสพันธุกรรม (DNA PROFILE) ของเด็ก เก็บไว้ในฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการสืบค้นเปรียบเทียบต่อไป
- 6.3 ข้าพเจ้าอ่านเอกสารนี้โดยละเอียด และกรอกข้อมูลทั้งหมดตามความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ให้การยินยอม
 (.....)

ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจให้ดูแลเด็ก

ลงชื่อ.....ผู้เก็บตัวอย่าง
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจให้ดูแลเด็ก	<input type="radio"/> พม.	<input type="radio"/> สตช.
ยศ ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง.....	
สังกัด	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก.....	
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่		

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เก็บตัวอย่าง	<input type="radio"/> สธ.	<input type="radio"/> สตช.
ยศ ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง.....	
สังกัด	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก.....	