

인체유래물등의 기증 동의서

동의서 관리번호					
인체유래물 기증자					
	주소	경상남도 합천군 합천읍 중앙로 29 (합천리) 컴퓨터나라 3층			
법정 대리인	성명		관계		
	연락처				
인체유래물 은행	기관명칭	경상대학교병원 인체유래물은행			
	연락처	055-750-9256-9257			

이 동의서는 귀하로부터 수집된 인체유래물등 (인체유래물과 그로부터 얻은 유전정보를 말합니다)을 귀하의 역학정보 및 임상정보 등과 함께 인체유래물은행에 보관하여 질병의 진단 및 치료법 개발 등의 연구에 활용할 수 있도록 하기 위해 이루어지는 자발적인 동의를 밝히는 것입니다. 따라서 귀하는 다음의 내용을 읽고 궁금한 사항은 상담자에게 묻고 충분히 생각한 후 결정하시기 바랍니다.

1. 인체유래물이란 인체로부터 수집하거나 채취한 조직·세포·혈액·체액 등 인체 구성물 또는 이들로부터 분리된 혈청, 혈장, 염색체, DNA, RNA, 단백질 등을 말하며, 귀하는 귀하의 인체유래물을 채취하기 전에 채취 방법 및 과정에 관한 설명을 충분히 들어야 합니다.
2. 귀하가 제공한 인체유래물등은 인체유래물은행에 동의한 날부터 영구적으로 안전하게 보존되면서 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 및 관련 지침에 따라 향후 질병의 진단·예방·치료법 개발과 국민 보건 향상을 위한 연구에 보존·관리·연구·분양에 이용될 것이며, 원하는 경우 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다.
3. 인체유래물은행의 장이 이용계획서를 검토하여 국민의 건강 향상에 필요하다고 판단되는 연구를 수행하는 연구자들에게 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」과 기관생명윤리위원회의 제공에 관한 지침 등에 따라 제공합니다.
4. 귀하가 이 동의서를 통해 인체유래물등의 기증에 동의한 경우, 인체유래물은행은 질병의 진단 및 치료방법 개발등의 연구에 활용하기 위하여 필요한 경우 기관생명윤리위원회의 심의를 거쳐 귀하의 임상·역학정보 등의 개인정보에 연결될 수 있습니다. 이 경우 수집된 개인정보는 보호됩니다.
5. 귀하가 제공한 인체유래물등은 귀하의 개인식별정보와 분리 보관 될 것이며 인체유래물등과 관련 정보를 연구자들에게 제공할 때에는 귀하의 개인식별정보는 제공되지 않습니다.
6. 인체유래물등은 인체유래물은행의 폐업, 그 밖의 부득이한 사정으로 인체유래물등을 보존할 수 없는 경우에는 법에서 정한 절차에 따라 인체유래물등을 폐기하거나 이관하게 됩니다.
7. 연구결과에 따른 새로운 약품이나 진단도구 등 상품개발 및 특허출원 등에 대해서는 귀하의 권리를 주장할 수 없으며, 귀하가 제공한 인체유래물등을 이용한 연구는 학회와 학술지에 연구자의 이름으로 발표되고 귀하의 개인정보는 드러나지 않습니다.

※ 위의 모든 사항에 대해 충분한 설명을 듣고, 작성된 동의서 사본을 1부 받아야 합니다.

연구 목적	
-------	--

성명	내과혈액종양	생년월일/성별	/ 남
----	--------	---------	-----

Y 이 동의서는 또한 동의서 작성 이후, 향후 귀하가 병원에서 진단 및 치료를 목적으로 검사 후 남아 폐기 예정인 인체유래물 등 (인체유래물과 그로부터 얻은 유전정보를 말합니다)을 귀하의 역학정보 및 임상정보 등과 함께 인체유래물은 행에 보관하여 질병의 진단 및 치료법 개발 등의 연구에 활용할 수 있도록 하기위해 이루어지는 자발적인 동의를 밝히는 것입니다. 따라서 귀하는 위에서 기술한 내용을 읽고 궁금한 사항은 상담자에게 묻고 충분히 생각한 후 결정하시기 바랍니다.

작성일: 2021년 08월 23일 13시 29분

환자 이름 (대리인 또는 보호자)	박지석	환자와의 관계	본인
생년월일	1966-03-28	전화번호	010-9513-0530
주소	경상남도 합천군 합천읍 중앙로 29 (합천리) 컴퓨터나라 3층		



※ 대리인 또는 보호자가 서명하게 된 사유

- ☐ 환자의 신체적·정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
- ☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
- ☐ 응급상황
- ☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
- ☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함
(이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다)
- ☐ 무연고 환자 (의사결정능력이 없는 응급환자)
- ☐ 기타

*구비서류: 법정대리인의 경우 법정대리인임을 증명하는 서류

설명 의사 소속	IMH	설명 의사 이름	유영철	설명 의사 서명	
----------	-----	----------	-----	----------	---