

March 25, 2020

Dennis Bloomfield, FACC < FACP, FRACP, FRCP, MD, MRCP

Bao-Gan Peng, MD, PhD

Sandro Vento, MD

Editors-in-Chief

World Journal of Clinical Cases

Dear doctors:

The Institutional Review Board of Seoul National University Bundang Hospital has waived need for informed consent due to the minimal risk of the study/report to the patient. During hospitalization, the patient gave informed written consent for kidney biopsy and renal replacement therapy.

※ 심의결과	
1.보고서 형태	초기심의
2.연구과제명	고 인산염 식이 진행 후 요량 감소와 복통으로 내원한 39세 남자에서 발생한 인산염 신병증의 증례보고
3.IRB No	B-2004-604-701
4.연구책임자	신장내과 김세중
5.심의결과	승인
6.심의일자	2020-03-24
7.연구계획서 승인 일	2020-03-24
8.심의의견	연구대상자에게 최소한의 위험만이 있는 연구로 신속심의 대상이며, 정기보고주기는 1년입니다. IRB의 승인 기준에 부합하여 승인합니다. 연구대상자 동의면제 사유가 합당합니다.
9.정기보고주기	1년
10.연구위험도	minimal risk

Sincerely,

Kristianne Medina-Liabres/Sejoong Kim

Seoul National University Bundang Hospital

Written informed consents for procedures done during hospitalization:

응급혈액 투석시술 동의서

등록번호	29956717	성명		성별		나이	
------	----------	----	--	----	--	----	--

다음은 환자분의 시술에 필요한 동의서입니다. 설명을 들으신 후 궁금한 점에 대하여는 설명을 하는 의료진에게 반드시 질문을 하시고 양식을 작성하여 주십시오.

1. 환자의 현재 상태

(가급적 개방형 질문, 검사 결과 및 환자의 고지에 따라 유/무로 나누어 기재)

진단명	aki				
시술명	투석				
시술부위	<input type="radio"/> Rt <input type="radio"/> Lt <input type="radio"/> Both <input checked="" type="radio"/> N/A				
담당의	박지은				
시행예정일	2019-10-01				
해당사항	유	무	해당사항	유	무
과거병력(질병, 상해 전력) ()	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	알레르기 (유:)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
특이체질	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	당뇨병	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
혈압이상(고/저)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	마약사고	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
복용약물	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	치아 및 기도이상	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
흡연여부	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	출혈소인 (간질환, 혈액질환 포함)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
심장질환	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	호흡기질환	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
신장질환	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	기타: ()		

2. 시술과 연관된 환자분의 상태와 치료를 하지 않을 경우의 예후

■ 환자(또는 대리인)는 이 동의서 또는 추가작성 서식 사본에 대한 교부를 요청할 수 있으며, 이 요청이 있을 경우 지체 없이 교부하도록 합니다. 단, 동의서 또는 추가작성 서식 사본 교부 시 소요되는 비용을 청구할 수 있습니다.

■ 시술 전, 후 보다 정확한 진단 등을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가비용을 청구할 수 있습니다.

■ 이 동의서는 본인의 서명이나 날인으로 유효하나, 본인이 서명하기 어려운 신체적, 정신적 지장이 있거나 또는 미성년자일 경우에는 보호자 또는 대리인이 이를 대행합니다.

* 나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 시술의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 시술로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 시술에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 시술을 하는 데에 동의합니다.
- ④ 시술 방법의 변경 또는 시술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 시술의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(집도의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 이 시술의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

환자와의 관계	본인		
환자 이름 (본인)	김용관	전화번호	010-5449-7352
설명 의사 이름	이예지	설명 의사 소속	응급의학과

환자 서명 _ 정자 서명 기재 부탁드립니다.

환자

김용관

작성일시 : 2019 년 10 월 01 일 15 시 33 분

설명 의사 서명

이예지

이예지

초음파를 이용한 신장 조직검사 동의서

등록번호	29956717	성명		성별		나이	
------	----------	----	--	----	--	----	--

다음은 환자분의 시술에 필요한 동의서입니다. 설명을 들으신 후 궁금한 점에 대하여는 설명을 하는 의료진에게 반드시 질문을 하시고 양식을 작성하여 주십시오.

1. 환자의 현재 상태

(가급적 개방형 질문, 검사 결과 및 환자의 고지에 따라 유/무로 나누어 기재)

진단명			ESRD		
시술명			신장 조직 검사		
시술부위			<input type="radio"/> Rt <input type="radio"/> Lt <input type="radio"/> Both <input checked="" type="radio"/> N/A		
담당의			김세중		
시행예정일			2019-10-03		
해당사항	유	무	해당사항	유	무
과거병력(질병, 상해 전력) ()	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	알레르기 (유:)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
특이체질	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	당뇨병	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
혈압이상(고/저)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	마약사고	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
복용약물	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	치아 및 기도이상	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
흡연여부	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	출혈소인 (간질환, 혈액질환 포함)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
심장질환	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	호흡기질환	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
신장질환	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	기타: ()		

2. 시술과 연관된 환자분의 상태와 치료를 하지 않을 경우의 예후

1) 시술과 연관된 환자분의 상태

B1DC4DE19114495368BFED5F.jpg

이 동의서는 본인의 서명이나 날인으로 유효하나, 본인이 서명하기 어려운 신체적, 정신적 지장이 있거나 또는 미성년자일 경우에는 보호자 또는 대리인이 이를 대행합니다.

* 나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 시술의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 시술로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 시술에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 검사를 하는 데에 동의합니다.
- ④ 시술 방법의 변경 또는 시술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 시술의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(집도의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 이 시술의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

환자와의 관계	본인	<input checked="" type="checkbox"/>	
환자 이름 (본인)	김응관	전화번호	010-5449-7352
설명 의사 이름	기태홍	설명 의사 소속	내과(일반)

환자 서명 _ 정자 서명 기재 부탁드립니다.

환자 ☐

김응관

작성일시 : 2019 년 10 월 03 일 21 시 58 분

설명 의사 서명 기태홍 기태홍

분당서울대학교병원장 귀하

SNUH

B84C270 분당서울대학교병원 536811031.jpg