



## 증례보고 동의서

연구 제목: Donepezil-related inadequate neuromuscular blockade during laparoscopic surgery: A case report

주 연구자: 전남대학교병원 마취통증의학과 이성현

주 연구자가 귀하의 의무기록과 영상 자료에 관한 정보를 사용하여 증례보고를 하는 것에 대해 허용해줄 것을 요청 드립니다.

증례보고는 특별한 한 명의 환자에 대한 임상정보를 다른 의사나 의료인에게 공유함으로써 다른 환자들이 더 나은 치료를 받는데 귀중한 정보로 사용됩니다. 증례보고는 다른 사람들이 읽거나 참고할 수 있게 출판될 수 있습니다. 이 동의서는 귀하에게 증례보고의 목적을 설명하고 있습니다. 본 동의서에 서명하기 전에 내용을 주의 깊게 읽고 충분한 시간을 내어 결정을 내리고 궁금한 점이 있으면 질문하십시오.

본 증례보고의 목적은 치매치료제인 donepezil이 전신마취 중에 신경근차단제의 효과를 감소시킬 수 있다는 사실을 알려주는데 그 의의가 있습니다.

본 증례보고에 사용되는 귀하의 정보에는 귀하의 임상 상태가 기록된 의무기록과 영상 자료 등이 포함됩니다. 귀하의 신원과 관련된 개인정보(예, 이름, 생년월일, 의무기록번호)는 증례보고에



## 화순전남대학교병원 생명의학연구윤리심의위원회/기관생명윤리심의위원회

포함되지 않으며, 영상 자료의 경우에도 개인정보를 지운 상태로 사용됩니다. 따라서 증례보고가 발표되거나 출판되더라도 귀하가 어떤 사람인지 절대 알 수 없으며, 귀하의 신상 정보는 비밀로 유지될 것입니다.

귀하가 본 증례보고에 참여함으로써 직접적으로 얻게 되는 이득은 없습니다. 그러나 다른 의료진과 공유하게 되는 귀하의 정보는 앞으로 다른 환자들이 받는 치료를 향상시킬 수 있습니다. 귀하의 정보를 본 증례보고에 사용하도록 허용해도 추가적인 비용은 발생하지 않으며, 또한 이에 따른 보상을 받지 않습니다.

귀하가 본 증례보고에 참여하는 것은 귀하의 자발적인 선택입니다. 귀하가 어떤 결정을 내리더라도 귀하가 받는 진료의 질을 포함하여 어떠한 불이익도 받지 않을 것입니다. 참여를 결정한 후라도 나중에 결정을 바꿀 수 있습니다. 하지만 증례보고가 작성되어 발표된 후에는 동의를 철회할 수 없습니다. 만약 본 증례보고와 관련하여 귀하에게 영향을 줄 수 있는 새로운 정보가 있다면 알려드릴 것입니다.

귀하의 서명은 귀하가 본 증례보고와 관련된 위의 정보를 모두 읽었으며, 귀하의 정보가 어떻게 사용되는 것인지 이해하고 귀하의 정보가 본 증례보고에 사용될 수 있도록 허락한다는 것을 의미합니다.

---

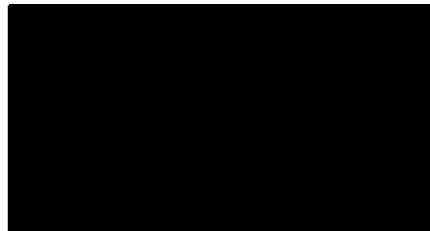


## 화순전남대학교병원 생명의학연구윤리심의위원회/기관생명윤리심의위원회

동의서에 서명함으로써 본인은 다음을 확인했습니다.

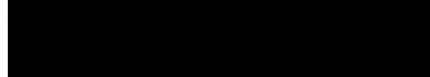
- 본 증례보고와 관련된 모든 설명을 듣고 이해하였으며, 모든 질문이 만족스럽게 답변되었습니다.
- 본인의 정보가 증례보고에 사용될 수 있도록 허용하는 것에 대한 위험 및 이점에 대한 설명을 들었으며, 본 동의서 양식의 각 페이지를 모두 읽었습니다.
- 본 동의서에 서명하면 사본 1부를 받게 될 것임을 알고 있습니다.
- 건강 정보(의무기록)에 대한 정보의 사용을 양식에 설명된 대로 승인하며, 자발적인 의사에 의하여 본 증례보고에 참여하는데 동의합니다.

참여자      성명:



날짜: 2019 - 6 - 16

주연구자      성명:



날짜: 2019. 6. 16