

동의서

연구 제목: 뇌 손상 환자에서 파페즈 회로와 인지기능과의 상관성:

확산텐서 신경로 연구 - 장기 추적 연구-

동의서에 서명하시기 전에 다음 사항을 다시 한번 확인하시고 해당 칸에 표기하여 주시기 바랍니다.

1. 이 임상시험은 연구 목적으로 수행된다는 사실을 알고 계십니까? ☒
2. 이 임상 시험의 목적 및 방법에 대해서 충분히 알고 계십니까? ☒
3. 이 임상시험에 참여하지 않아도 불이익을 받지 않으며, 참여하더라도 언제든지 중도에 참여를 거부하거나 중단할 수 있습니다. 또한 이에 따른 어떠한 불이익도 없다는 사실을 알고 계십니까? ☒
4. 이 임상시험에 참여하지 않더라도 현재까지 알려진 표준치료를 받을 수 있다는 사실을 알고 계십니까? ☒
5. 이 임상연구에서 본인의 건강정보를 사용하고 공유하는 것을 알고 계십니까? ☒

본인은 본 임상연구와 관련된 모든 설명을 듣고 이해하였으며, 모든 궁금한 사항에 대하여 충분한 답변을 들었습니다. 충분한 시간을 갖고 생각한 이후에 본인은 상기 연구에 참여하기를 자발적인 의사에 의하여 동의합니다.

대상자(미성년자인 경우 부모 각각의 동의가 모두 필요합니다)

성명 ~~홍길동~~ (서명) 날짜 2020 3.17

대상자의 대리인(관계 증명서류를 필히 확보해야 합니다)

성명 _____ (서명)

관계: _____ 날짜 _____

공정한 참관인

성명 _____ (서명)

날짜 _____

연구책임자(공동연구자)

성명 박 석 (서명) 박 석

날짜 2020. 3. 17