

## 증례 보고 동의서

논문 제목 (국문): 소아 환자의 비장에서 발생한 로사이 돌프만 병: 증례보고 및 문헌 고찰

논문 제목 (영문): Rosai-Dorfman disease in the spleen of a pediatric patient: Case report with literature review

환자명: 이수연

책임저자: 영상학과 황재연

### 환자 동의서

- 환자의 의학적 정보를 의학 저널에 게재하는 것을 허락받고자 하는 동의서입니다.
- 논문에는 환자의 병력, 임상 소견, 검사 결과, 영상 검사가 포함됩니다.
- 논문에는 환자의 이름을 포함한 식별 정보가 포함되지 않을 것이며, 저자들이 익명성을 보장하기 위해서 최선의 노력을 다할 것입니다. 그럼에도 불구하고 완전한 익명성이 보장되지 않을 수 있습니다.
- 환자나 환자 보호자에게 제공되는 직접적인 이득은 없습니다.
- 본인의 자녀에 대한 의학적 정보가 국제 저널 또는 온라인 저널에 출판될 예정이며, 저널은 의료인이 읽을 수 있으나, 비의료인이나 언론인들이 읽을 수도 있습니다.
- 환자나 환자 보호자는 이 증례보고에 정보를 제공하지 않아도 환자의 진료에 미치는 영향은 전혀 없으며, 특별한 이유 없이, 언제든지 증례 보고에 대한 동의를 철회할 수 있습니다. 그러나 논문이 출판된 후에는 동의를 철회할 수 없습니다.

(이름) \_\_\_\_\_ 본인은, 본인의 자녀

(이름) \_\_\_\_\_ 의 의학적 정보를 의학 학술지에 게재하는 것에 대해 동의합니다.

이 동의서에 서명함으로써:

- 나는 이 증례보고에서 나의 정보가 사용될 때 발생할 수 있는 위험과 이득에 대해 충분한 설명을 들었으며, 나는 이 증례보고에 정보를 제공하지 않아도 무방함을 설명 들었고, 나는 이 증례보고에 참여하기로 동의하였습니다.
- 나는 본인 또는 본인의 자녀, 친척에 대한 정보가 국제 저널 또는 온라인 저널에 출판될 수 있다는 점을 알고 있습니다. 저널은 의료인들이 읽도록 되어 있으나, 비의료인 또는 언론인들이 읽을 수도 있습니다.
- 나는 연구 기간 중 언제든지 연구에 대한 동의를 철회할 수 있음을 알고 있습니다. 이 때 특별한 이유가 없어도 무방합니다. 그러나 논문이 출판되고 난 뒤에는 이 동의를 철회할 수 없습니다 (이미 출판되었기 때문).
- 논문에는 본인이나 자녀의 이름이 기재되지 않을 것이며, 저자들이 익명성을 보장하기 위한 최선의 노력을 다할 것임을 알고 있습니다.

환자명 \_\_\_\_\_

환자보호자명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_ 2020. 11 \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_

동의서 작성자명 \_\_\_\_\_

책임자명 \_\_\_\_\_