

환자(피험자) 동의서

연구과제명: HLA B27 음성인 강직성 척추염 환자가족의 사례보고

본인은 임상연구에 대해 구두로 설명을 받고 상기 연구 설명문을 읽었으며 담당 연구자와 본 연구에 대해 충분히 의논하였습니다.

1. 본인은 연구의 위험과 이득에 관하여 물었으며 나의 질문에 만족할만한 답변을 얻었습니다.
2. 본인은 본 연구에 참여하는 것에 대해 자발적으로 동의합니다.
3. 본인은 이후의 치료에 영향을 받지 않고 언제든지 연구의 참여를 거부하거나 연구 참여를 중도에 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해가 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다.
4. 본인은 본 동의서에 서명함으로써 의학 연구 목적으로 나의 개인정보를 현행 법률과 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 본인은 연구 설명문 및 동의서의 사본을 받을 것을 알고 있습니다.

 2020. 3. 28
명 날짜(년/월/일)

 2020. 3. 28
명 날짜(년/월/일)

담당의사 연락처: 류마티스내과 임미진 032-890-2211 (류마티스내과 외래)

류마티스내과 이승윤 032-890-2211 (류마티스내과 외래)

인하대병원 연구윤리심의위원회 연락처: 032-890-3691

인하대병원 피험자보호센터: 032-890-1161-2

인하대병원 류마티스내과

환자(피험자) 동의서

연구과제명: HLA B27 음성인 강직성 척추염 환자가족의 사례보고

본인은 임상연구에 대해 구두로 설명을 받고 상기 연구 설명문을 읽었으며 담당 연구자와 본 연구에 대해 충분히 의논하였습니다.

1. 본인은 연구의 위험과 이득에 관하여 물었으며 나의 질문에 만족할만한 답변을 얻었습니다.
2. 본인은 본 연구에 참여하는 것에 대해 자발적으로 동의합니다.
3. 본인은 이후의 치료에 영향을 받지 않고 언제든지 연구의 참여를 거부하거나 연구 참여를 중단할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해가 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다.
4. 본인은 본 동의서에 서명함으로써 의학 연구 목적으로 나의 개인정보를 헌혈법과 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 본인은 연구 설명문 및 동의서의 사본을 받을 것을 알고 있습니다.

연구 참여자 성명

2020. 3. 28
날짜(년/월/일)

설명한 연구자 성명

2020. 3. 28
날짜(년/월/일)

담당의사 연락처: 류마티스내과 임미진 032-890-2211 (류마티스내과 외래)

류마티스내과 이승윤 032-890-2211 (류마티스내과 외래)

인하대병원 연구윤리심의위원회 연락처: 032-890-3691

인하대병원 피험자보호센터: 032-890-1161-2

인하대병원 류마티스내과

환자(피험자) 동의서

연구과제명: HLA B27 음성인 강직성 척추염 환자가족의 사례보고

본인은 임상연구에 대해 구두로 설명을 받고 상기 연구 설명문을 읽었으며 담당 연구자와 본 연구에 대해 충분히 의논하였습니다.

1. 본인은 연구의 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할만한 답변을 얻었습니다.
2. 본인은 본 연구에 참여하는 것에 대해 자발적으로 동의합니다.
3. 본인은 이후의 치료에 영향을 받지 않고 언제든지 연구의 참여를 거부하거나 연구 참여를 중도에 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해가 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다.
4. 본인은 본 동의서에 서명함으로써 의학 연구 목적으로 나의 개인정보를 현행 법률과 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 본인은 연구 설명문 및 동의서의 사본을 받을 것을 알고 있습니다.

부명  날짜(년/월/일)
2020. 2. 28

가명  날짜(년/월/일)
2020. 3. 28

류마티스내과 이송윤 032-890-2211 (류마티스내과 외래)

류마티스내과 이송윤 032-890-2211 (류마티스내과 외래)

인하대병원 연구윤리심의위원회 연락처: 032-890-3691

인하대병원 피험자보호센터: 032-890-1161-2

인하대병원 류마티스내과

환자(피험자) 동의서

연구과제명: HLA B27 음성인 강직성 척추염 환자가족의 사례보고

본인은 임상연구에 대해 구두로 설명을 받고 상기 연구 설명문을 읽었으며 담당 연구자와 본 연구에 대해 충분히 의논하였습니다.

1. 본인은 연구의 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할만한 답변을 얻었습니다.
2. 본인은 본 연구에 참여하는 것에 대해 자발적으로 동의합니다.
3. 본인은 이후의 치료에 영향을 받지 않고 언제든지 연구의 참여를 거부하거나 연구 참여를 중단에 결재할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해가 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다.
4. 본인은 본 동의서에 서명함으로써 의학 연구 목적으로 나의 개인정보를 현행 법률과 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 본인은 연구 설명문 및 동의서의 사본을 받을 것을 알고 있습니다.

서명

날짜(년/월/일)

2020.3.28

서명

날짜(년/월/일)

2020.3.28

담당의사 연락처: 류마티스내과 임미진 032-890-2211 (류마티스내과 외래)

류마티스내과 이승윤 032-890-2211 (류마티스내과 외래)

인하대병원 연구윤리심의위원회 연락처: 032-890-3691

인하대병원 피험자보호센터: 032-890-1161~2

인하대병원 류마티스내과

환자(피험자) 동의서

연구과제명: HLA B27 음성인 강직성 척추염 환자가족의 사례보고

본인은 임상연구에 대해 구두로 설명을 받고 상기 연구 설명문을 읽었으며 담당 연구자와 본 연구에 대해 충분히 의논하였습니다.

1. 본인은 연구의 위험과 이득에 관하여 물었으며 나의 질문에 만족할만한 답변을 얻었습니다.
2. 본인은 본 연구에 참여하는 것에 대해 자발적으로 동의합니다.
3. 본인은 이후의 치료에 영향을 받지 않고 언제든지 연구의 참여를 거부하거나 연구 참여를 중단할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해가 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다.
4. 본인은 본 동의서에 서명함으로써 의학 연구 목적으로 나의 개인정보를 현재 법률과 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 본인은 연구 설명문 및 동의서의 사본을 받을 것을 알고 있습니다.

서명

날짜(년/월/일)

2020. 1. 28

서명

날짜(년/월/일)

2020. 3. 28

032-890-2211 (류마티스내과 외래)

류마티스내과 이승윤 032-890-2211 (류마티스내과 외래)

인하대병원 연구윤리심의위원회 연락처: 032-890-3691

인하대병원 피험자보호센터: 032-890-1161-2

인하대병원 류마티스내과