

환자 정보 인용 동의서

임상시험 제목 :

1. 본인은 상기 연구대상자 설명문을 읽었고, 내용을 충분히 이해합니다.
2. 본인은 이 연구의 목적, 계획, 과정 및 위험에 관한 정보를 충분히 제공 받았습니다. 이 연구에 대하여 본인의 참여 중 그리고 참여 후 언제라도 연구와 관련된 손상의 경우뿐만 아니라 연구에 대한 어떠한 추가적인 정보라도 제공할 책임이 연구자에게 있다는 것을 본인은 알고 있습니다.
3. 본인은 자발적으로 이 연구에 참여합니다.
4. 본인은 이 임상연구로부터 얻어진 연구 자료가 (회사명) 의하여 지정된 이 연구의 관련 요원과 보건 및 허가 당국에, 연구 센터에 의하여 비밀로 양도될 것임을 수락합니다. 본인은 영상 연구 절차 및/또는 자료의 검증을 위하여, 의뢰자가 비밀유지를 위반하지 않으면서, 원본 의료 기록에 대하여 직접적으로 접근하도록 허가될 것임을 동의합니다.
5. 본인은 임상시험 기간 중 언제라도 중도에 임상시험 참여를 거부하거나 중단할 수 있습니다. 또 본인은 이 연구 참여를 중단하더라도 본인에게 어떠한 불이익도 없다는 것을 알고 있습니다.
7. 이 연구의 요구 사항에서, 본인은 인종적 혈통에 관한 것을 포함하여 이 연구 중 수집된 자료들이 의뢰 및 의뢰자를 대신하여 전산 시스템으로 가공 처리될 수 있으며 귀하가 제공한 자료는 의학연구나 저서출판을 위한 데이터로 제공 될 수 있음에 동의합니다.
8. 본인은 의료 기왕력에 관한 모든 질문에 대하여 정직하게 답변하였고, 담당의사가 본인에게 부과하고 연구대상자 설명서에 나열된, 모든 규율과 규정을 준수할 것임을 선언합니다.
9. 본인은 자유로운 의사에 따라 임상시험 참여를 요청하여 연구대상자 설명문 및 동의서 사본 1부를 수령합니다.

*필수 기재사항

연구대상자(본인)

법적 대리인(해당되는 경우)

환자의 생년월일

환자의 연락처

서명

서명