

Consent Form for Case Reports

증례보고를 위한 동의서

Case report title: Ultrasonographic identification of lateral femoral cutaneous nerve anatomical variation in persistent meralgia paresthetica: a case report

증례보고의 제목: 초음파검사로 외측대퇴피신경 해부학적 변이형이 확인된 넓다리감각이상증 증례

Principal Investigator: Kang Wook Ha, MD, Department of Physical medicine and Rehabilitation, Sahmyook medical center, Seoul, Korea

연구의 주책임자: 하강욱, 삼육서울병원 재활의학과 과장

You are being asked to consider allowing Dr. Kang Wook Ha to use information about your electromyography exam and ultrasonography exam records to write what is called a case report.

Case reports are typically used to share new unique information experience by one patient during his/her clinical are that may be useful for other physicians and members of a health care team. A case report may be published for others to read, and/or presented at a conference. This form explains the purpose of this case report. Please read this form carefully and take your time to make your decision and ask any questions that you may have. The purpose of this case report is to inform other physicians that ultrasonography can help prevent and treat meralgia paresthetica by identifying anatomical variations and nerve status before and after surgery. Your information being used for this case report includes the details of your clinical condition. Dr. Kang Wook Ha is obligated to protect your privacy and not disclose your personal information (information about you and your health that identifies you as an individual e.g. name, date of birth, medical record number). When the case report is published or presented, your identity will not be disclosed. Although your personal information collected or obtained will be kept confidential and protected to the fullest extent of the law, there is a limited risk associated with this case report that could result in a loss of confidentiality by virtue of your unique experience. You will not directly benefit from participating in this case report. The information that can be shared with other health care professionals, however, may improve the care that is received by others in the future. Allowing your information to be used in this case report will not involve any additional costs to you. You will not receive any compensation. Taking part in this case report is your choice (voluntary). You may choose not to take part or you

may change your mind at any time. However, once the case report is written and published, it will not be possible for you to withdraw it. Your decision will not result in any penalty or loss of benefits to which you are entitled including the quality of care you receive. Your signature below means that you have read the above information about this Case Report and have had a chance to ask questions to help you understand how your information will be used and that you give permission to allow your information to be used in this case report.

우리 의료진(하강욱)은 귀하의 근전도 검사, 초음파 검사 기록 및 부가적인 임상 정보를 이용하여 임상 증례보고를 할 수 있도록 귀하에게 허락을 요청합니다.

증례보고는 임상 진료 중 한 명의 환자에 대한 진료과정이 다른 의료진에게 유용할 수 있는 새로운 정보 경험을 공유하는 데 사용됩니다. 증례보고는 다른 사람들이 읽거나 회의에서 발표할 수 있도록 출판될 수 있습니다. 이 양식은 증례보고의 목적을 설명합니다. 이 양식을 읽으면서 시간을 내어 결정을 내리고 궁금한 점이 있으면 물어보십시오. 이 증례보고의 목적은 다른 의사들에게 "초음파 검사를 수술 전/후에 시행하는 것이 외측대퇴피신경의 상태 및 해부학적 변이형을 알 수 있게 해 주기 때문에 다리감각이상증을 예방하거나 적절한 치료를 하는 데 도움을 줄 수 있다" 라는 내용을 여러 의사들에게 알려주는 것입니다. 이 증례보고에 사용되는 귀하의 정보에는 귀하의 임상 상태에 대한 세부 정보가 포함됩니다. 우리 의료진(하강욱)은 귀하의 개인 정보를 보호하고 귀하의 개인 정보 (이름, 생년월일, 의료 기록 번호 등 개인을 식별할 수 있는 귀하 및 귀하의 건강 정보)를 공개하지 않습니다. 증례보고가 작성되거나 발표될 때 귀하의 신원은 공개되지 않습니다. 귀하의 개인 정보를 수집하거나 얻은 정보는 기밀로 유지되고 법률의 최대한도까지 보호되지만, 이 사례 보고서와 관련하여 귀하의 고유한 경험으로 인해 기밀을 상실할 수 있는 극히 제한된 위험은 있습니다. 이 사례 보고서에 참여한다고 하여 귀하에게 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 다른 의료인들과 공유할 수 있는 정보는 향후 다른 사람들이 귀하와 비슷한 질병에 걸렸을 때 받는 치료를 향상시킬 수 있습니다. 귀하의 정보가 이 증례보고서에 사용되도록 허용하는 것은 추가 비용을 요구하지 않습니다. 이에 대한 보상 역시 받지 못합니다. 증례보고서에 참여하는 것은 귀하의 선택입니다 (자발적). 귀하가 참여하지 않기로 선택할 수 있으며 언제든지 마음을 바꿀 수 있습니다. 그러나 증례보고서가 작성되고 게시된 후에는 철회할 수 없습니다. 귀하의 결정은 귀하가 받는 진료의 질을 포함하여 어떠한 부당한 대우 또는 혜택과 관련이 없습니다. 귀하의 서명은 귀하가 이 증례보고서에 관한 위의 정보를 읽었으며 귀하의 정보가 어떻게 사용되는지 질문할 수 있는 기회를 가졌음을 의미하고 이 증례보고서에 귀하의 정보를 사용할 수 있도록 허락하는 것을 의미합니다.

SUBJECT CONSENT TO PARTICIPATE

참가자 동의

Case report title: Ultrasonographic identification of lateral femoral cutaneous nerve anatomical variation in persistent meralgia paresthetica: a case report

증례보고의 제목: 초음파검사로 외측대퇴피신경 해부학적 변이형이 확인된 넓다리감각이상증 증례

Name of Participant (증례보고 참여자 성명):

Participant/Substitute decision maker:

본인

By signing this form, I confirmed that:

증례보고 참여자는 이 양식에 서명함으로써 다음 사항을 확인합니다.

The case report has been fully explained to me and all of my questions have been answered to my satisfaction (이 증례보고가 완전히 설명되었으며 나의 모든 질문에 만족스러운 답변을 받았습니 다.)

I have been informed of the risks and benefits, if any, of following my information to be used in this case report (나는 본인의 정보를 이 증례보고서에 사용하는데 따르는 위험과 이득에 대한 설명을 들었습니다.)

I have been informed that I do not have to participate in this case report (나는 이 증례보고에 참여할 필요가 없다는 설명을 들었습니다.)

I have read each page of this form (이 양식의 각 페이지를 읽었습니다.)

I authorize access to my personal health information (medical record) as explained in this form (본인은 이 양식에 설명된 대로 개인 건강 정보 (의료 기록)에 대한 접근 권한을 부여합니다.)

I have agreed to participate in this case report (이 증례보고에 참여하기로 동의했습니다.)

증례보고 참가자 성명:

Name of participant/Substitute

서명

signature

2020/04/06

Date