



증례보고를 위한 동의서

본 증례보고는 대상자의 진료과정 중 발견된 증례를 보고하는 Case Report입니다. 증례보고를 작성하는 과정에서 대상자에게 추가로 가해지는 위험이 없으며 연구 진행 시 환분께 미치는 위험이 극히 낮아 최소한의 위험 이내로 판단됩니다. 환자분의 기록은 익명으로 관리 되며 개인정보가 노출되지 않도록 개인정보보호에 만전을 기하도록 하겠습니다.

이 양식에 서명함으로써 나는 다음을 확인했습니다.

- * 본 증례보고가 완전히 설명되었으며 모든 질문이 만족스럽게 답변되었습니다.
- * 본인의 정보가 증례보고에 사용될 수 있도록 허용함에 대한 장단점을 설명 들었습니다.
- * 이 양식의 각 페이지를 모두 읽었습니다.
- * 나는 이 증례보고에 참여하기로 동의하였습니다.

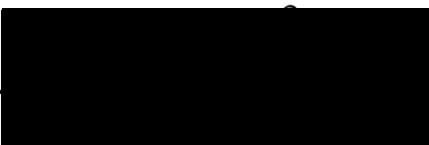
날짜 2022. 11. 19

서명 

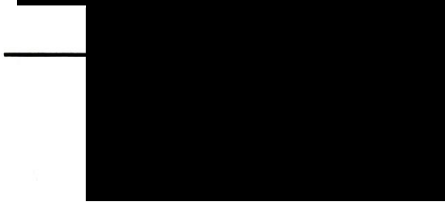
참여자

성명 _____ 서명 _____

주진료 및 집도의 성명

서명 

주연구자

서명 



최상의 의료로 건강한 제주
제주대학교병원
JEJU NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL

CONSENT FORM FOR CASE REPORTS Consent Form for Case Reports

For a patient's consent to publication of information about them in a journal or thesis

Name of person described in article or shown in photograph: _____

Subject matter of photograph or article: _____

Title of article: *An unusual case of emphysematous cystitis
mimicking intestinal perforation: A case report and review of literature*

Medical practitioner or corresponding author: _____

I _____ give my consent for this information about MYSELF OR MY CHILD
OR WARD/MY RELATIVE: _____, relating to the subject matter
above (_____ to appear in a journal article, or to be used for the purpose of a thesis
or presentation. I understand the following:

1. The Information will be published without my name/child's name/relatives name attached and every attempt will be made to ensure anonymity. I understand, however, that complete anonymity cannot be guaranteed. It is possible that somebody somewhere - perhaps, for example, somebody who looked after me/my child/relative, if I was in hospital, or a relative - may identify me.
2. The Information may be published in a journal which is read worldwide or an online journal. Journals are aimed mainly at health care professionals but may be seen by many non-doctors, including journalists.
3. The Information may be placed on a website.
4. I can withdraw my consent at any time before online publication, but once the Information has been committed to publication it will not be possible to withdraw the consent.

Signed: _____

Date: _____

Signature of requesting medical practitioner/health care provide

Signed: _____

Date: _____

제주대학교 병원