

증례보고 동의서

제목: 위암환자에서 항류마티스약제로 치료한 펌브로리주맵 유도 건선성 관절염 예

영문: Pembrolizumab-induced psoriatic arthritis treated with disease-modifying anti-rheumatic drugs in a patient with gastric cancer: a case report

주 연구자: 한혜숙

주 연구자가 귀하의 의무기록, 영상 데이터 및 병리자료에 관한 정보를 사용하여 증례보고를 하는 것에 대해 허용해줄 것을 요청드립니다.

증례보고는 유용할 수 있는 특별한 한명의 환자에 대한 임상정보를 다른 의사나 의료인에게 공유하는데 사용됩니다. 증례보고는 다른 사람들이 읽거나 참고할 수 있게 출판될 수 있습니다. 이 양식은 증례보고의 목적을 설명하고 있습니다. 본 양식을 주의깊게 읽고 충분한 시간을 내어 결정을 내리고 궁금한 점이 있으시면 질문하십시오.

본 증례보고의 목적은 다른 의사들에게 천천히 진행되는 위선암의 경막 전이의 경우 신경학적 증상 완화에 국소 방사선 치료가 효과적일 수 있음을 알려주는데 그 의의가 있습니다. 본 증례보고에 사용되는 귀하의 정보에는 귀하의 임상상태, 영상 이미지, 병리 소견 등이 포함됩니다. 주 연구자는 귀하의 개인정보(귀하의 신원을 밝히는 정보[예, 이름, 생년월일, 의무기록번호])를 보호하고 공개하지 않아야 합니다. 증례보고가 출간되거나 발표될때 귀하의 신원은 공개되지 않습니다. 수집된 귀하의 정보는 기밀로 유지되고 최대한 법률에 의해 보호되지만, 증례보고와 관련된 위험은 제한되어 있어 귀하의 고유한 경험으로 기밀유지가 불가능할 수 있습니다.

귀하가 이 증례보고에 참여함으로써 직접적으로 얻게 되는 이득은 없습니다. 그러나 다른 의료진과 공유하게 되는 귀하의 정보는, 앞으로 다른 사람들이 받는 치료를 향상시킬 수 있습니다. 귀하가 귀하의 정보를 이 증례보고에 사용하도록 허용해도 추가적인 비용은 발생하지 않으며, 또한 이에 따른 보상을 받지도 못합니다.

귀하가 본 증례보고에 참여하는 것은 귀하의 자발적인 선택입니다. 참여하지 않기로 선택하거나 추후라도 언제든지 결정을 바꿀 수 있습니다. 그러나 증례보고가 작성되면 동의를 철회할 수 없습니다. 귀하의 결정은 귀하가 받는 진료의 질을 포함하여 귀하가 받을 수 있는 이득의 상실을 초래하거나, 불이익을 받게 되지 않습니다. 본 증례보고와 관련하여 귀하에게 영향을 줄 수 있는 새로운 정보가

있으면 알려드릴 것입니다.

귀하의 서명은 귀하가 이 증례보고와 관련된 위의 정보를 읽었으며, 귀하의 정보가 어떻게 사용되는 것인지 이해하고 귀하의 정보가 이 증례보고에 사용될 수 있도록 허락해줄 수 있는 정보를 제공할 수 있는 기회를 가졌음을 의미합니다.

=====

이 양식에 서명함으로써 나는 다음을 확인했습니다.

- 본 증례보고가 완전히 설명되었으며 모든 질문이 만족스럽게 답변되었습니다.
- 본인의 정보가 증례보고에 사용될 수 있도록 허용하는 것에 대한 위험 및 이점에 대한 설명을 들었습니다.
- 이 양식의 각 페이지를 모두 읽었습니다.
- 본인의 개인 건강 정보(의무기록)에 대한 정보의 사용을 양식에 설명된 대로 승인합니다.
- 나는 이 증례보고에 참여하기로 동의하였습니다.

참여자 성명: _____
참여자 서명: _____
날짜: _____

주 연구자 성명: _____
주 연구자 서명: _____
날짜: _____

Consent Form for Case Report

Title: Pembrolizumab-induced psoriatic arthritis treated with disease-modifying anti-rheumatic drugs in a patient with gastric cancer: a case report

Principle investigator: Hye Sook Han

You are being asked to consider allowing Dr. Han HS to use information about your medical records, imaging data, and pathologic data to write what is called a case report.

Case reports are typically used to share new unique information experienced by one patient during his/her clinical care 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 care report is to inform other physicians that local radiotherapy may be effective for the relief of neurologic symptoms in cases of dural metastasis of gastric adenocarcinoma with an indolent course and controlled systemic disease. Your information being used for this case report includes the details of your clinical condition, radiologic images, and pathologic findings. Dr. Han HS 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 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, 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. You will be told about any new information relating to this case report that may affect you.

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.

By signing this form, I confirm that:


- The case report has been fully explained to me and all of my questions have been answered to my satisfaction
- I have been informed of the risks and benefits, if any, of allowing my information to be used in this case report
- I have been informed that I do not have participate in this case report
- I have read each page of this form
- I authorize access to my personal health information (medical record) as explained in this form
- I have agreed to participate in this case report

Name of Participant: 이종근

Signature of Participant: 

Date: 2022-03-03

Name of Principle Investigator: Hye Sook Ham

Signature of Principle Investigator: 

Date: 2022/MAR/03