

## 수술 중 채취된 검체 연구목적 활용 동의서

등록번호  
생년월일  
진단명 :

성별/나이 : F / 23 세

시행 예정일 :           년           월           일

1. 본 동의서에 기술된 목적을 위하여 귀하의 검체를 수집하고 보관하는 것은 전적으로 귀하의 자발적인 의사에 의한 것 입니다. 귀하께서는 이 연구에 참여하기를 거부하실 수 있으며, 참여에 동의하셨더라도 중단하길 원하면 언제나 본 연구의 참여를 중단 할 수 있습니다. 그렇더라도 이 병원에서 계속 치료 받는데 있어서 불이익이 없을 것이며 다른 환자와 차별 없이 동일한 치료를 받을 수 있습니다. 본 연구에 참여하시려면 본 동의서의 내용을 다 확인하신 후 서명란에 서명하시면 됩니다.

2. 검사대상물의 처리 :   ☐ 검사 후 즉시 폐기   ☒ 보존

3. 보존한다면 검사대상물의 보존기간 :   ☒ 10년   ☐ 동의권자가 정한 기간 : (    년)

4. 본래 목적 외로 검사대상물을 이용하거나 타인에게 제공하는 것에 대한 동의 여부 :

☐ 동의하지 않음   ☒ 동의함

5. 검사대상물을 이용하거나 타인에게 제공하는 때에 개인정보 포함 여부 :

☒ 개인정보 제외할 것   ☐ 개인정보 포함

※ 다음 각 항목에 대해서는 상담자로부터 설명을 들은 후 본인이 충분히 이해를 하였다고 판단하는 때에 ☐란 안에 ☒ 표를 하십시오.

1) 수술 중 검체 채취에 대하여 검사기관으로부터 충분한 설명을 들었습니다. - ☒

2) 보존기간이 경과한 검사대상물은 폐기물관리법 제 12 조의 규정에 의한 방법·절차에 따라 폐기됩니다. - ☒

3) 검체 채취 기관이 폐업하거나 그밖에 부득이한 사정으로 검사대상물을 보존할 수 없는 경우에는 법에서 정한 절차에 따라 검사대상물을 이관합니다. - ☒

4) 동의권자가 상기 사항에 대하여 동의를 하였더라도 연구가 시작되기 이전에는 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. - ☒

5) 검체 채취 연구 기관은 동의권자의 개인정보 보호를 위하여 필요한 조치를 취하여야 할 의무가 있습니다. - ☒

6) 유전자검사의 결과는 10 년간 보존되며 언제든지 본인의 검사결과에 대하여 열람을 청구할 수 있습니다. - ☒

위의 사항에 대한 동의는 자발적 의사에 의한 것임을 밝히는 바입니다.

2020 년 4 월 8 일

환자 또는 보호자 성명 :

환자와의 관계 :

담당의사 :

※ 대리인이 서명하게 된 사유

☐ 환자의 신체, 정신적 장애로 이해 못함   ☐ 환자 본인이 특정인에게 위임함 (위임계약서 첨부)

☐ 설명이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향 미침   ☐ 미성년자로서 이해하지 못함

☐ 응급

☐ 기타

원광대학교병원장 귀하