

患者様およびご家族様へ

臨床研究「当院のがんゲノム外来における認定遺伝カウンセラー®の関り」 へのご協力のお願い

1. はじめに

当病院では、疾患の新しい予防法・診断法・治療法の開発のために、臨床研究「当院のがんゲノム外来における認定遺伝カウンセラー®の関り」を行っています。この臨床研究には、患者様の診療に伴って発生する試料・医療情報を用いた研究が不可欠となります。そこで、この臨床研究における患者様の試料および医療情報等の取り扱いや研究のための手続きなどについて説明させていただきますので、ご理解とご協力を頂きますようお願い致します。

なお、本研究の対象となるのは当院でがん遺伝子パネル検査を受けた患者様です。

2. 研究の方法について

当院で2020年1月～2023年3月末日にがん遺伝子パネル検査を受けた方の診療情報を研究に使わせて頂きます。内容は、診断名・生年月・性別・既往歴・家族歴・併存疾患名・検査内容と結果・治療内容・合併症・転帰となります。患者様に新たにご負担をおかけすることはありません。

尚、本研究は当病院の倫理委員会により所定の審査を経て許可を得て行っております。

3. 診療情報等の管理について

研究のデータは主に電子的に処理され、本研究の結果を解析するために使われます。解析のために患者様の診療に関する上記医療情報を使用させていただきますが、個人情報保護のために、名前など個人を特定できる情報は全て削除して取り扱います。皆様の個人情報の管理は十分慎重に行い、プライバシーの漏洩がないように致します。

4. 研究参加への同意または不同意について

この臨床研究への参加の同意・不同意は患者様の自由であり、同意しない場合でも、なんら不利益を受けることはありません。また、参加同意後もいつでもこれを撤回できます。研究への参加をご希望されない方、また参加同意を撤回されたい方は、お手数ですが備え付けの書類にご署名頂き、遺伝子診療部または臨床研究推進センターまで提出をお願い致します。

5. 研究成果の公表について

この研究によって得られた研究成果などが、科学専門誌などの発表に使用される場合がありますが、公開内容には個人のプライバシーに関わることは含みません。

ご不明な点やご質問などございましたら下記連絡先までお願い致します。

2023年 3月 15日

<不同意書>

茨城県立中央病院院長殿

私は、「当院のがんゲノム外来における認定遺伝カウンセラー®の関り」の
研究に同意致しません。

____年 ____月 ____日

ご氏名 _____

(ご本人様またはご家族様ご署名)

*ご家族様にご署名して頂いた際には、患者様ご本人にお名前もご記入下さい。