

ご来院の皆様へ

臨床研究「切除不能胆道癌に対するデュルバルマブの有効性と安全性」へのご協力をお願い

1. はじめに

切除不能胆道癌に対してデュルバルマブが適応となりました。デュルバルマブ導入後約 1 年の当院の症例の有効性、安全性を検討しました。

何卒、ご理解とご協力を頂きますようお願い致します。

2. 研究の方法について

2023 年から 2024 年までに胆道癌に対してデュルバルマブを投与した患者様を主な対象として有効性や偶発症に注目して検討します。尚、本研究は当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。

1. 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医療情報を使用させて頂く場合がありますが、個人情報保護のために、名前は記号や番号に置き換えて取り扱われます。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。

2. 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、お手数ですが次ページを印刷のうえご署名頂き、最寄りのナースステーションまたは臨床研究推進センターまでご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。

2024 年 4 月 2 日

〒309-1793 茨城県笠間市鯉淵 6528 TEL 0296-77-1121 (代)
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 消化器内科 大関 瑞治

<不同意書>

茨城県立中央病院 病院長 殿

私は、「切除不能胆道癌に対するデュルマルマブの有効性と安全性」の研究に同意致しません。

____年 ____月 ____日

患者様ご氏名 _____

ご家族ご氏名 _____

(ご本人様またはご家族様ご署名)

- ・ご家族様にご署名の場合には、患者様ご本人のご氏名もご記入下さい。