

患者様およびご家族様へ

臨床研究「**irAE 肝障害におけるセルセプト投与の実態調査**」へのご協力をお願い

1. はじめに

当病院では、がんの治療のためさまざまな免疫チェックポイント阻害薬を幅広い対象疾患に使用することで治療効果が上がっておりますが、一方免疫関連有害事象(irAE)と呼ばれる特異な合併症が見られる場合があります。そこで、今後も安全にがん治療を続けるため、この臨床研究を勧めさせていただきたいと考えますので、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 irAE 肝障害に対してセルセプトを使用した患者様です。

2. 研究の方法について

irAE 肝障害に対してセルセプトを使用した患者様に、研究にご協力して頂きます。診療経過を研究に使わせて頂きますので、これまでの診療以外に余分なご負担をおかけすることはございません。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。

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、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。

2025 年 1 月 28 日

〒309-1793 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 荒木 眞裕

茨城県立中央病院 病院長
島居 徹 殿

私は、「irAE 肝障害におけるセルセプト投与の実態調査」の研究に同意致しません。

令和 年 月 日

患者様 氏名： _____
ご家族 氏名： _____（続柄 _____）
（ご本人またはご家族・署名欄）

* ご家族が署名して頂いた際には、患者様ご本人のお名前もご記入下さい。