

후향적 연구 참여 동의서

본 연구는 이미 퇴원한 환자의 의무기록과 영상의학 사진의 확인을 통한 후향적 연구로써 피험자에게 추가되는 물리적이거나 신체적 위험은 전혀 없습니다. 또한 이미 해당 증상으로 획득한 영상을 분석하는 연구입니다.

환자의 의무기록과 MRI 사진의 확인을 통한 후향적 연구로써 피험자에게 추가되는 물리적 위험은 없으며 본 연구에 포함되는 환자의 기초자료들은 모두 엄격하게 비밀이 유지되어 항상 보호를 받게 될 것입니다. 연구에 참여하더라도 피험자의 권리 및 복지에 영향을 미치지 않으며 또한 피험자가 요구할 경우 언제든지 연구에 관련된 정보를 제공 받을 수 있을 것입니다.

위 조사 목적과 관련하여, 조사담당의사가 관찰한 귀하의 진료기록 자료를 귀하의 수락 하에 이에 대한 정리, 분석, 보고 업무 및 의학의 발전을 위해서 필요한 범위 내에서 증례를 보고하고자 합니다. 귀하의 진료기록 자료는 귀하의 개인식별정보가 포함되지 않은 상태로 익명 처리하여 전달됩니다. 귀하의 자료는 위 명시된 범위 내에서만 공유 및 활용되며, 개인정보로서 관련 법률의 규정에 따라 엄격하게 보호됩니다.

귀하는 위 정보 공유에 대한 수락 여부를 자유롭게 결정하실 수 있으며, 언제라도 참여를 중단할 권리가 있음을 알려 드립니다. 귀하께서 정보공유에 수락하지 않은 경우에도 귀하에 대한 진료와 처방에 어떠한 불이익도 발생하지 않습니다.

이상의 내용을 검토하시고, 위 정보활용에 수락하시는 경우 아래 서명란에 서명하여 주시기 바랍니다.

조사대상자 이름 :

조사대상자 서명 :

서명일 : 2018 / 4 / 2

조사담당의사 이름 :

조사담당의사 서명 :

서명일 : 2018 / 4 / 2