

치료 동의서

(치료를 받는 분용)

□ 원장

나는 “악성 종양에 대한 자연 살해 (NK) 세포 요법”에 관하여 이하의 설명을 받았습니다.

- 치료의 내용에 대해서
- 종래의 면역 치료와 NK 세포 요법에 대해서
- 치료의 흐름에 대해서
- 치료에 대한 효과(예측되는 임상상의 이익)에 대해서
- 부작용 및 불이익에 대해서
- 비용에 대해
- 치료를 받는 것이 미성년인 경우에 대해서
- 개인정보의 보호에 대해서
- 치료 종료 후의 처분에 대해서 . . . □처분에 동의합니다.
- 보상에 대해
- 지적 재산권에 대해서
- 이해 상충에 대해
- 면책사항에 대해
- 확인 사항에 대해서
- 담당 의사 및 건강 피해가 발생한 경우의 연락처
- 다른 치료법의 유무 및 내용 및 다른 치료법에 의해 예상되는 이익 및 불이익과의 비교

· 개인정보의 사용에 대해서

(면역세포요법 등의 연구개발 · 인지 · 보급을 위한 정보 사용에 관한 동의)

다음 정보와 채취된 생체 시료 (말초 혈액, 암 조직 등)를 개인 정보에 관하여 충분히 배려한 후 사용에 동의합니다.

<사용하는 정보>

(a) 연령 (b) 성별 (c) 병명(진단명, 병기 분류) (d) 기왕력(종래의 질환력) (e) 치료, 투약 및 수술이력과 그 내용 (f) 혈액 및 화상소견 (g) 병리 소견

<정보의 사용 목적>

(a) 학회 · 논문 등에 발표 (b) 학술 지원 활동 및 면역 세포 요법 등의 계발 활동 (c) 증례 검토회 (d) 홈페이지 게재 (e) 환자를 위한 세미나

상기에 관한 설명을 충분히 이해한 후, 치료에 필요한 세포의 제공을 희망합니다. 덧붙여 이 동의는 언제라도 철회할 수 있는 것을 확인했습니다.

동의 연월일 _____ 년 _____ 월 _____ 일

· 환자

이름 _____

주소 _____

(환자님 본인의 서명이 있으면, 아래와 같이, 서명의 필요는 없습니다.)

· 가족 또는 그에 준하는 사람

이름 _____ 환자와의 관계 _____

주소 _____

위 내용에 대해 본인이 설명하고 동의했음을 확인했습니다.

설명 연월일 _____ 년 _____ 월 _____ 일

□

동의 취득 의사 _____