

○ 組織提供についてのお願い（説明書）

〔研究（診療）目的〕

広島大学病院腎臓内科との共同研究により、腎不全（腎臓が十分に働かなくなった状態）で腹膜透析を行っている患者さんのためにより良い治療が行えるよう、腹膜についての研究を行っています。

〔内容・方法〕

そのため、生きた腹膜組織の細胞が必要です。あなたの胃の手術の際と一緒に取り出される大網という組織の一部を頂き、研究に利用させて頂きたいと考えます。

〔安全性〕

この大網は、研究利用の有無に関わらず胃の付属組織として術中に切除され、通常はそのまま処分されるものです。従って、切除によって手術の後にあなたの身体に悪影響を及ぼすことは決してありませんので、ご安心ください。

〔プライバシーの保護〕

研究によって得られるデータについては完全にあなたのプライバシーが守られ、お名前その他の個人的な事柄が公表されることは決してありません。

〔被験者の利益及び医学上の貢献〕

腹膜透析とは、腎不全になった患者さんの体内に蓄積した老廃物を、おなかの中に透析液を貯留することで取り除く治療です。この治療によって多くの慢性腎不全患者さんの生命が救われています。しかし、この治療を長期にわたって維持するためには未だに解決されていない問題が多く残されています。直接的な利益は組織提供者に生じませんが、腹膜の細胞を用いた研究によって、腎不全のより良い治療方法を確立するために貢献することができます。

〔同意撤回の自由〕

同意はいつでも自由に撤回をすることができます。ご協力を拒否されてもあなたの診療上に何ら不利益は生じませんのでご安心ください。

腹膜組織提供についての同意書

令和 年 月 日

JA 広島総合病院 病院長 殿

患者氏名 男・女

明・大・昭・平 年 月 日生

住所

このたび、腹膜組織提供についての十分な説明を担当医師より受け、本研究の主旨に賛同し、胃摘出術に伴って切除される大網組織の一部を提供することに同意します。

患者署名

親族署名

住所

氏名

(患者との続柄)

説明実施

医師署名 氏名

説明実施

医師署名 氏名

(注)

- 1) 患者署名欄には、本人が署名してください。
- 2) 親族署名欄には、患者が未成年者又は意識障害などで本人が署名できない場合に、その親権者、後見人、扶養義務者又は配偶者、親、子、兄弟姉妹の成年者等が署名してください。

承諾撤回書

令和 年 月 日

JA 広島総合病院 病院長 殿

患者氏名 男・女

明・大・昭・平 年 月 日生

住所

このたび、腹膜組織提供について、目的、方法、成果について説明を受け承諾  
いたしましたが、その承諾を撤回し、研究への協力を辞退いたします。

患者署名

親族署名

住所

氏名

(患者との続柄)

腹膜組織提供についての承諾の撤回について、了解しました。

令和 年 月 日

医師署名 氏名

(注)

- 1) 患者署名欄には、本人が署名してください。
- 2) 親族署名欄には、患者が未成年者又は意識障害などで本人が署名できない場合に、その親権者、後見人、扶養義務者又は配偶者、親、子、兄弟姉妹の成年者等が署名してください。