

破裂解離性椎骨動脈瘤によるくも膜下出血の患者さんの

情報の研究利用についてのお知らせ

この度、三重県立総合医療センター脳神経外科では、「破裂解離性椎骨動脈瘤によるくも膜下出血の血管内治療に関する研究」を実施することになりました。

この研究の目的は、くも膜下出血の患者さんの中で特に破裂解離性椎骨動脈瘤が原因となっている患者さんの臨床経過を調べることです。

この研究のため、西暦2004年4月から西暦2030年3月の期間に当院で診療させていただいた方の調査を行います。対象となるのは上記が原因となっているくも膜下出血の患者さんで、調査項目は個人情報を含まない医学的な情報（合併症の有無、治療経過等）のみです。患者様のお名前、住所などのプライバシーに関する情報が外部に漏れることは一切ありませんのでご安心下さい。

調査した情報は本研究責任者の下で厳重に管理されます。また、今回の研究で得られた結果に関しては、医学的な専門学会や専門雑誌等で報告されることがあります。

この研究に必要な資金はありません。研究を実施するにあたり、研究者が公的資金以外に製薬企業などからの資金提供を受けていることはありません。

また、ご自身の情報を研究に利用することを承諾されない方は下記にご連絡下さい。その場合も、診療上何ら不利な扱いを受けることはありません。

この研究に関する資料をご覧になりたい場合、またはご質問等がございましたらご遠慮なくお尋ね下さい。

西暦2020年5月

三重県立総合医療センター 脳神経外科

研究責任者：亀井 裕介

連絡先：059-345-2321（代表）

三重県立総合医療センター 臨床研究登録拒否通知書

三重県立総合医療センター院長 様

私は、三重県立総合医療センターにおいて、収集された私の既存試料・既存情報（電子カルテ情報等）が下記臨床研究に登録されることを拒否します。

記載日：_____年____月____日

臨床研究課題名：破裂解離性椎骨動脈瘤によるくも膜下出血の血管内
治療に関する研究

（患者様氏名）_____（自署・代筆）_____

（生年月日）_____年____月____日

（診察券番号）_____

※ 必要時記載 代筆者：（氏名）_____

（患者さんとの関係：_____）

お手数ですが、枠線内に必要事項（下線部分）をご記入のうえ
下記郵送先にお送り頂くか、当病院 1 階総合案内にご提出ください。

郵送先・提出窓口

三重県立総合医療センター 脳神経外科 亀井 裕介
〒510-8561 三重県四日市市大字日永 5450-132

本臨床研究登録拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。