

「 POT (PCR-based OF Typing) 法を用いた MRSA の遺伝子解析による地域特性の検証 」へ
ご協力をお願い

— 2018 年 4 月 1 日～2028 年 3 月 31 日までに当院に入院され一般細菌検査を実施された方へ —

1. 研究の概要

- 1) 研究の意義：MRSA の遺伝子を解析し、地域特性などと明らかにすることで、将来の抗菌薬適正使用につなげる。
- 2) 研究の目的：MRSA の患者背景による分布状況を明らかにする。

2. 研究の内容

- 1) 研究対象者：2018 年 4 月 1 日～2028 年 3 月 31 日までに当院に入院され一般細菌検査にて MRSA が検出された方
- 2) 研究期間：2019 年 7 月 9 日～2028 年 12 月 31 日まで
- 3) 研究方法：各種臨床データを診療録より抽出します。
- 4) 使用する試料：MRSA 菌株
- 5) 使用する情報の項目：背景（年齢、性別、臨床診断、居住地：市町村 など）
臨床検査（細菌検査、血液検査 など）
臨床像・経過（感染状態、感染症診断名 など）
- 6) 利益相反：本研究において申告すべき利益相反はありません。
- 7) 情報の保存：この研究において得られたデータは原則としてこの研究のためだけに使用し、研究終了後は、研究代表者の責任の下、5 年間保存した後、研究用の番号等を消去し、廃棄します。
- 8) 個人情報の保護：氏名、生年月日、カルテ番号、住所、電話番号等は代替する登録番号で連結可能匿名化し対応表を作成します。この際、対応表のファイルにはパスワードを設定し、外部と接続できないコンピュータで管理します
- 9) 研究計画の開示：ご希望があれば、研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、この研究計画の資料等を閲覧または入手することができますので、お申し出ください。
この研究の結果はあなたのデータを個人情報がわからない形にして、学会や論文で発表しますので、ご了解ください。この研究にご質問等がありましたら下記の連絡先までお問い合わせ下さい。また、あなたの試料・情報が研究に使用されることについてご了承いただけない場合には研究対象としませんので、下記の連絡先までお申し出ください。この場合も診療など病院サービスにおいて不利益が生じることはありません。
- 10) 情報の利用開始日：2023 年 7 月 1 日

<問い合わせ・連絡先>

所属 氏名：三重県立総合医療センター 中央検査部 海住 博之

電話：(代) 059-345-2321 ファックス：059-347-3500 Mail：saikin@mie-gmc.jp

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：POT (PCR-based OF Typing) 法を用いた MRSA の遺伝子
解析による地域特性の検証

(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るか、当院 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 中央検査部 海住 博之
〒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。