

치료 동의서

(치료를 받는 분 용)

□ _____ 원장

나는 "내츨릴 킬러 (NK) 세포 요법 (악성 종양 예방)"에 대해 다음 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 그리고 다른 치료법에 의해 예상되는 이익 및 불이익과의 비교

· 개인정보의 사용에 대해서
(면역세포요법 등의 연구개발 · 인지 · 보급을 위한 정보 사용에 관한 동의)
이하의 정보와 채취 된 생체 시료 (말초 혈액, 암 조직 등)를 개인 정보에 관해 충분히 배려 한 후
사용에 동의합니다.

<사용하는 정보>

(a) 연령 (b) 성별 (c) 병명(진단명, 병기 분류) (d) 기왕력(종래의 질환력) (g) 치료, 투약 및 수술
이력 및 그 내용 (f) 혈액 및 화상소견 (g) 병리소견

<정보의 사용 목적>

(a) 학회· 논문 등 발표 (b) 학술 지원 활동 및 면역 세포 요법 등의 계발 활동 (c) 증례 검토회
(원내 뿐만 아니라 원외 의사, 간호사등이 참가하는 증례정보에 관한 검토회 포함) (d) 홈페이지에
게재 (e) 환자를 위한 세미나

상기에 관한 설명을 충분히 이해한 후, 치료에 필요한 세포의 제공을 희망합니다. 덧붙여 이

동이는 언제라도 철회할 수 있는 것을 확인했습니다.

동의 연월일 _____ 년 _____ 월 _____ 일

· 환자

이름 _____

주소 _____

(환자 본인의 서명이 있으면, 아래 서명은 필요 없습니다.)

· 가족 또는 그에 준하는 사람

이름 _____ 환자로부터 본 연속 _____

주소 _____

위 내용에 대해 본인이 설명하고 동의받았음을 확인했습니다.

설명 연월일 _____ 년 _____ 월 _____ 일

□

동의 취득 의사 _____