

こくじゆん けんきゆう きょうりよく ねが 国循から研究への協力のお願い

けんきゆうかだいめい ふせいみやくしょうこうぐん いでんしきばん かん けんきゆう
研究課題名：「不整脈症候群の遺伝子基盤に関する研究」



あなたとおなじような病気について、原因や治療の研究をするために、あなたの血液やデータを必要としています。あなたの血液を検査の時 1 回だけ余分に7 mL ほどいただけますか。もちろんあなたの名前は他人にはわからなくします。

説明をよく聞いて採血を受けてもよいか、よく考えてください。わからないことがあったらいつでも聞いてください。



せつめいぶん 説明文

1. あなたの病気について

あなたは、心臓が規則正しく動かない「不整脈」という病気を持っています。その詳しい原因にはわからないことが多いのですが、病気の原因や病気になりやすさを親から受け継ぐことがあります。その原因は血液の中にある遺伝子というものを調べることでわかることがあり、このような研究を遺伝子解析といいます。

国循の創薬オミックス解析センター(ORCといいます)では、未知の不整脈の原因を見つけ、あなたと同じような病気の人に役立つ新しい治療法や予防法を開発するために、たくさんの不整脈の患者さんから血液をいただき、遺伝子解析を行っています。研究課題名は「不整脈症候群の遺伝子基盤に関する研究」です。

2. 採血とデータ、個人情報保護

採血1本分(7 mlほど)を余分にとらせてください。担当部署で名前・住所・電話番号などの個人情報を消したのち、心電図などのあなたの検査結果や病気の情報は、血液とともに国循に送られ、ORCで保存し、研究に用います。

3. 権利

ご提供いただいた血液やデータを用いた研究から新たな発見や発明があった場合、それに伴う利益(知的財産)の権利は、あな

たではなく、^{けんきゅう}研究^{けんきゅうしゃ}を行った研究者^{こくじゅん}や国循^{ぞく}に属^{りかい}することを理解してください。

4. ^{どうい}同意^{どういてっかい}と同意撤回について

^{こくじゅん}国循^{けんきゅう}ORCの研究^{どうい}に同意^{じぶん}するかどうかは、ご自分の意志^{いし}で決めてください。^{けんきゅうきょうりょく}研究協力^{どうい}に同意^{とちゅう}しなくても、また途中^きで気が変わって^{きょうりょく}協力^{ちりょう}をやめることにしても、それによってあなたが治療^{しんりょう}や診療^なの中で不利益^{ふりえき}を受けることはありません。^{どうい}同意^{てっかい}を撤回^{ばあい}する場合は、^{せつめい}説明^うを受けた先生^{せんせい}か、^{した}下の責任者^{せきにんしゃ}に申し出^{もう}てください。^{けつえき}血液^{けんたい}や検体^けを捨てデータ^けを消します。

なお、この^{どういしょ}同意書^{さい}は15歳^{ゆうこう}まで有効^{さい}ですが、16歳^{さい}になったらおとな用の^{よう}同意書^{どういしょ}を取^とらせてもらいます。

5. ^{れんらくさき}連絡先^{せきにんしゃ}(責任者)

〒564-8565 大阪府吹田市岸部新町6番1号
国立循環器病研究センター 創薬オミックス解析センター 室長
白井 学(しらい まなぶ)
電話：(代表) 06-6170-1070 内線31043
FAX: 06-6170-1602
email: shirai.manabu.ri@ncvc.go.jp

いしかくにんしよ
意思確認書

こくじゆん けんきゆう ふせいみやくしやうこうぐん いでんしきばん かん けんきゆう
国 循 の 研 究 「 不 整 脈 症 候 群 の 遺 伝 子 基 盤 に 関 する 研 究 」
きやうりよく せつめい き

への協力について説明を聞きました。

どうい さいけつ う
同意して採血を受けます。

あなたが同意を決めた日 _____ 年 月 日

なまえ
名前 _____

なお、この意思確認書は 15 歳まで有効であり、16 歳になったら、またおとな用の同意をいただきます。

保護者（親権者など）の方のご氏名

記入日 _____ 年 月 日

氏 名 _____

説明した人

説明日 _____ 年 月 日

施設名

氏 名 _____

【説明担当者記入欄】

説明日 _____ 年 月 日 主治医名 _____

患者さま ID _____

いしかくにんしよ
意思確認書

こくじゆん けんきゆう ぶせいみやくしやうこうぐん いでんしきばん かん けんきゆう
国 循 の 研 究 「 不 整 脈 症 候 群 の 遺 伝 子 基 盤 に 関 する 研 究 」
きやうりよく せつめい き

への協力について説明を聞きました。

どうい さいけつ う
同意して採血を受けます。

あなたが同意を決めた日 _____ 年 月 日

なまえ
名前 _____

なお、この意思確認書は 15 歳まで有効であり、16 歳になったら、またおとな用の同意をいただきます。

保護者（親権者など）の方のご氏名

記入日 _____ 年 月 日

氏 名 _____

説明した人

説明日 _____ 年 月 日

施設名

氏 名 _____

【説明担当者記入欄】

説明日 _____ 年 月 日 主治医名 _____

患者さま ID _____

ご本人控え