

<第一群、二群用>

遺伝性血管性白質脳症(CADASIL: cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy)の遺伝子診断への協力の同意文書

(研究責任者) 殿

私は遺伝性血管性白質脳症 (CADASIL) の遺伝子診断について (説明をした者の氏名) により説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、分析結果の通知方法等について十分に理解しました。

については、次の条件で研究協力を同意いたします。

説明を受け理解した項目 (□の中に、ご自分で▼を付けてください)

- 遺伝子の分析を行うこと
- 研究協力の任意性と撤回の自由
- 研究目的
- 研究方法
- 研究計画書等の開示
- 試料提供者にもたらされる利益および不利益
- 個人情報の保護
- 遺伝子解析結果の開示
- 研究成果の公表
- 研究から生じる知的財産権の帰属
- 遺伝子解析研究終了後の試料などの取り扱いの方針
- 費用負担に関する事項
- 遺伝カウンセリングの体制

研究協力への同意 (説明を受け理解した項目の全ての□に▼を記入した方は、1の「はい」または「いいえ」に○を付け、署名してください。)

- 1 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。

はい いいえ 署名: _____

【1の「はい」に○を付け、署名した方は、次の2-1または2-2のどちらかを選択し○を付け、署名をしてください。】

- () 2-1 本研究が終了した時、速やかに試料等を破棄してください。

署名: _____

() 2-2 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されるとともに、長期間保存され、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。

署名: _____

【2-2に○を付け、署名した方は、3の「はい」または「いいえ」に○を付け、署名してください。】

3 提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出したDNAなどを○○機関 (責任者○○) や○○機関 (責任者○○) が行うバンクに提供し、種々の研究に使用されることに同意します。

はい いいえ 署名: _____

平成 年 月 日

氏名 (試料等提供者本人または代諾者) _____

(代諾者の場合本人との関係) _____

住所 _____ 電話 _____

署名または記名・捺印 _____

説明者の氏名および職名 _____

説明者の署名または記名・捺印 _____