



神経疾患ブレインバンクへの献脳生前同意登録 (献脳ドナー登録)に関する同意文書

＜重要＞ 献脳ドナー登録は同意能力に障害がない方に限ります。“認知症症状のために日常生活において自立困難な状態の場合”は、同意能力に障害があると判断し対象外となります。ご自分が当てはまるかどうか迷う場合はかかりつけ医に判断を求めてください。御自身で署名が難しい場合は代筆が可能ですが代筆者のお名前と住所のご記入をお願いいたします。

神経疾患および関連神経変性疾患ブレインバンク運営委員会 委員長 殿

私は神経疾患および関連神経変性疾患ブレインバンク(神経疾患ブレインバンク)と献脳生前同意登録(献脳ドナー登録)について、その目的、方法、不利益、研究使用等について説明文書をもとに十分理解しました。ついては、次の条件で献脳ドナー登録と研究協力に同意します。

I. 説明を受け理解した事項 (□の中にご自分でレを付けて下さい)

- 目的
- 方法
 - 献脳ドナー登録の方法
 - 献脳ドナー登録者が死亡された場合の手順
 - 遺族の同意により病理解剖が行われ検体が神経疾患ブレインバンクに提供(寄託)されること
 - 臨床情報の収集
 - 神経疾患ブレインバンクでの検体の保存について
- 病理解剖の可能な地理的な範囲について
- 個人情報保護方針
- 予想される利益・不利益とその対処
- 同意しない場合も不利益を受けないこと、および同意の撤回
- 神経疾患ブレインバンクに提供(寄託)された検体の研究使用について
 - 検体の精度管理が行われること
 - 医学研究に検体が提供されること、および検体提供の決定について
 - 検体は尊厳ある取り扱いをされること
 - ゲノム解析研究が行われること
 - 研究成果等の公表
- 知的財産権の帰属
- 神経疾患ブレインバンク検体の保存病院が将来変わる可能性があること
- 費用について

II. 献脳ドナー登録への同意 (□の中にご自分でレを付けて下さい)

- 同意します 同意しません

III. 病名 (該当する病名の□の中にレを付けて下さい)

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> パーキンソン病 | <input type="checkbox"/> 進行性核上性麻痺 | <input type="checkbox"/> 皮質基底核変性症 |
| <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 | <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 | <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 |
| <input type="checkbox"/> ハンチントン病 | <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 | <input type="checkbox"/> その他、この病気以外の方 |

献脳ドナー登録者お名前 _____ (署名または記名・捺印) 日付 _____年____月____日

住所 _____ 電話 _____

代筆者のお名前 _____ 住所 _____

(注:ご家族の署名は登録時は必須ではありません。)

ご家族のお名前 _____ (続柄 _____) 日付 _____年____月____日

住所: _____ 電話 _____

(注:医師の署名は登録時は必須ではありません。同意能力があることを判断したときは署名してください)

臨床担当医など関係する医師 氏名 _____ 日付 _____年____月____日

医療機関名: _____ 職名 _____ 電話 _____

(注:事務局コーディネーターが電話や面接で説明した場合に記入します)