|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究の名称：患者レジストリによる脊椎インストゥルメンテ−ション手術患者の登録調査 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| **他の研究機関への試料・情報の提供に関する記録** | | | | | | | | | |
|
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| 日本脊椎インストゥルメンテーション学会 | | | | | | | | | |
| 理事長　　植山和正殿 | | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | 提供元の機関 | | 名　称： |  | | | | |
|  |  |  |  | 住　所： |  | | | | |
|  |  |  |  | 機関の長 | 氏　名： | |  | | |
|  |  |  |  | 責任者 | 職　名： | |  | | |
|  |  |  |  |  | 氏　名： | |  | | 印 |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  | 提供先の機関 | | 名　称：日本脊椎インストゥルメンテーション学会 | | | | | |
|  |  |  |  | 研究責任者 | 氏　名： | | 松村　昭 |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 当施設は、頭書記載の研究に用いる試料・情報を貴研究機関に提供いたします。提供する試料・情報の内容等は、以下のとおりです。 | | | | | | | | | |
|
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 内容 | | | 詳細 | | | | | | |
|
| 提供する試料・情報の項目 | | | ■　次に掲げる項目の情報のみ | | | | | | |
| ■ | 病状と病名、既往等 | | ■ | 年齢・性別・身長・体重・BMI | | |
| ■ | 手術の実施日 | ■ | | 術式　部位　初回/再手術 | | |
| ■ | 手術関連情報（手術時間、ASA、出血量、使用インプラント等） | | | | | |
| ■ | 術者及び助手の執刀経験　　 ■ 術中術後早期合併症 | | | | | |
|  | | | | | | |
| □　次に掲げる項目の試料を含む | | | | | | |
| □ | 血液 | □ | | ○○細胞 |  |  |
| 取得の経緯 | | | ■　提供元の機関において診療の過程で得られた情報 | | | | | | |
| ■　提供元の機関において保管している診療録その他のカルテの  記載内容 | | | | | | |
| □　提供元の機関において診療の過程で得られた試料の残余検体 | | | | | | |
| □ |  |  | |  |  |  |
| 同意の取得状況等 | | | □　あり | （　□ | 文書 | | □口頭　） |  |  |
| ■　なし（同意の取得が困難であることから、適切な措置を講じている） | | | | | | |
| 匿名化（特定の個人を識別することができないものに限る）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の有無 | | | ■　あり | 対応表の作成の有無 | | | ■　あり　　□　なし | | |
| □　なし | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | 以　上 | |