

研究協力をお願い

昭和医科大学病院では、下記の臨床研究（学術研究）を行います。研究目的や研究方法は以下の通りです。この掲示などによるお知らせの後、臨床情報の研究使用を許可しない旨のご連絡がない場合においては、ご同意をいただいたものとして実施されます。皆様方におかれましては研究の趣旨をご理解いただき、本研究へのご協力を賜りますようお願い申し上げます。

この研究への参加を希望されない場合、また、研究に関するご質問は問い合わせ先へ電話等にてご連絡ください。

当施設での小児腹部外傷診療における CT 検査適応の検討

1．研究の対象および研究対象期間

2015 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日に腹部外傷の疑いで昭和医科大学病院を受診された 0～15 歳の患者さん

2．研究目的・方法

昭和医科大学病院での小児腹部外傷診療の初期対応と初診時および入院後の造影 CT 検査の適応基準を明確化するために、腹部外傷を主訴に昭和医科大学病院を受診した 0～15 歳の患児の初診対応科、バイタルサイン、腹部所見、血液検査、画像検査、損傷が疑われた腹部臓器と初診時の造影 CT 検査の有無、最終診断について比較検討します。

3．研究期間

昭和医科大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会審査後、委員会から発行される「審査結果通知書の承認日」より、研究実施機関の長の研究実施許可を得てから 2025 年 7 月 31 日まで

4．研究に用いる試料・情報の種類

初診対応科、バイタルサイン、腹部所見、血液検査、画像検査、損傷が疑われた腹部臓器と初診時の造影 CT 検査の有無、最終診断

5．外部への試料・情報の提供

該当いたしません

6．研究組織

研究責任者 昭和医科大学医学部外科学講座小児外科学部門 大澤 俊亮

7．お問い合わせ先

本研究に関するご質問等がありましたら下記の連絡先までお問い合わせください。ご希望があれば、他の研究対象者の個人情報及び知的財産の保護に支障がない範囲内で、研究計画書及び関連資料を閲覧することが出来ますのでお申出ください。また、試料・情報が当該研究に用いられることについて患者さんもしくは患者さんの代理人の方にご了承いただけない場合には研究対象者としませんので、下記の連絡先までお申出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。

照会先および研究への利用を拒否する場合の連絡先：

所属： 昭和医科大学医学部外科学講座小児外科学部門 氏名：大澤 俊亮

住所： 東京都品川区旗の台 1-5-8 電話番号： 03-3784-8789