

研究協力をお願い

昭和医科大学では、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。

当院における Deflux®注入療法の検討

1. 研究の対象および研究対象期間

2019 年 1 月 1 日から 2025 年 12 月 31 日までに昭和医科大学江東豊洲病院小児外科で Deflux®注入療法を行った患者さん（効果判定が終わっていない患者さんは除きます。）

2. 研究目的・方法

Deflux®注入療法の治療期間、治療回数、並びに手術移行などの予測精度を高めることを目的に、当院で Deflux®注入療法を行った患者さんのデータをまとめ、統計学的に検索します。

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 2027 年 12 月 31 日まで

4. 研究に用いる試料・情報の種類

患者さんの手術時年齢、性別、尿管の左右若しくは両側、施行前 VUR の VCUG Grade、Deflux 注入量、再発の有無、再注入療法の回数、施行後 VUR の VCUG Grade、手術移行の有無をまとめます。

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 昭和医科大学江東豊洲病院 小児外科 講師 中神 智和

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：昭和医科大学江東豊洲病院小児外科

氏名：中神智和

住所：〒135-8577 東京都江東区豊洲 5-1-38

電話番号：03-6204-6000