

骨髄間葉系幹細胞移植同意書

臨床試験名：月状骨無腐性壊死患者に対する骨髄間葉系幹細胞を用いた骨再生治療の検討

私は上記の臨床試験における骨髄間葉系幹細胞移植の必要性、危険性を説明医師から以下の項目の十分な説明を受けました。

- 骨髄間葉系幹細胞移植の目的と方法
- 骨髄間葉系幹細胞移植を受けることによる以下のような危険性や不便について
 - ・移植した細胞による拒絶反応
 - ・移植細胞が原因と考えられる感染
 - ・移植細胞が原因と考えられる腫瘍の発生
- 上記の事を予防する検査項目について
 - ただし移植細胞に対する染色体検査等の腫瘍発生に関する検査結果の通知を
 - 希望する
 - 希望しない
- 上記の事に対する対処法について

この骨髄間葉系幹細胞移植の内容説明を受け、理解した上で細胞移植を実施することに同意します。

同意日：平成 年 月 日 ご本人： _____ (自署)

続柄 ()： _____ (自署)

説明文書を以って平成 年 月 日に説明を行いました。

説明医師 : _____ 科(部) _____ 印

協力者 : _____ 科(部) _____ 印

協力者 : _____ _____ 印

(本同意書は、本人と担当医師が一部ずつ保管する。)