

# 동의서

연구 참조 번호: \_\_\_\_\_

각 항목을 읽으신 후 동의하실 경우 각 칸에 √ 표시를 하십시오.

본 연구 프로젝트에 대한 정보를 읽고 이해하였습니다.

본 연구에 대해 가족들과 함께 고려, 검토, 논의하고 본 연구에 참여할 것인지 여부를 결정할 수 있는 충분한 시간이 주어졌습니다.

본 연구 프로젝트에 대한 궁금한 사항을 질문하였고, 답변을 들었습니다.

본인은 본 연구 프로젝트에 자발적으로 (본인의 선택으로) 참여합니다.

본 연구를 통해 수집되는 본인의 정보는 비밀로 보장되며, 본인의 신원을 파악할 수 있는 어떠한 자료도 본 연구의 보고서에 사용되지 않는다는 사실을 이해하였습니다.

본인의 정보를 연구팀, 본인의 간호사, 가정의가 열람할 수 있으며, National Cervical Screening Programme Register, Éclair, TestSafe 에 기록된다는 사실을 이해하였습니다.

본인은 본 연구 프로젝트에 참여하는 것에 동의합니다.

본인의 샘플이 특정 유형의 인유두종 바이러스 검사에 사용된다는 사실을 이해하였습니다.

**추가 검사:** 암을 발생시키는 역할에 대한 이해를 돕고 임상 관리를 위해 본인의 샘플을 다른 유형의 인유두종 바이러스 검사에 사용하는 것을 허락합니다. 이 검사가 본인의 샘플이 받게 될 유일한 검사라는 사실을 이해하였습니다.

예

아니오

다른 질문에 대한 답변이나 추가 정보를 본인에게 요청해야 할 경우, 연구팀이 본인에게 다시 연락을 취하는 것을 허락합니다.

예

아니오

본인은 연구 프로젝트 결과의 요약 사본을 받고 싶습니다.

예

아니오

참가자 성명: \_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_

이메일 주소(이메일로 결과 요약 사본을 받을 경우): \_\_\_\_\_

가족:

성명

주소 또는 이메일/전화번호