がん遺伝子パネル検査に関する同意書

[各施設で記載] ○○病院 病院長殿

私は、がん遺伝子パネル検査についての説明を十分に受け、検査の目的や内容について理解しましたので、私の子どもががん遺伝子パネル検査を受けることを希望します。

■あなたのお子さんの治療に役立つ情報を発見するとともに、がん診療のデータベースをつくるため、お子さんを直接特定できない形にした情報やゲノムデータ等を「がんゲノム情報管理センター」へ提供すること（項目７①）

□同意する □同意しない

■がんに関する遺伝の情報（遺伝性腫瘍）の情報提供（項目４）

□情報提供を希望する □情報提供を希望しない

* 「がんゲノム情報管理センター」に提供された情報・ゲノムデータ等を、厳格な審査を経て、学術研究や医薬品等の開発目的での利用を希望する第三者に提供すること。提供の意思を撤回される場合、それ以降の利用を停止します。既に利用されているデータは削除できません。（項目７②）

□同意する □同意しない

■「検査会社、米国のガーダントヘルス社または国内のガーダントヘルスジャパン社（以下各社）」に提供されたあなたのお子さんを直接特定できない形にした検体、診療情報並びにゲノムデータを、各社の業務委託先に提供すること。ただし、ゲノムデータ処理開始後は、診療情報並びにゲノムデータの利用停止、削除はできません。（項目７③）

■「米国のガーダントヘルス社または国内のガーダントヘルスジャパン社」に提供されたあなたのお子さんを直接特定できない形にした検体を、検体検査の精度の確保の目的で利用すること。（項目７④）

□同意する □同意しない

同意日 年 月 日

ご本人（署名）

代諾者（署名） 続柄

説明日 年 月 日

説明者（署名）