

さい帯血提供の同意書

特定非営利活動法人 兵庫さい帯血バンク 理事長殿

私はさい帯血バンクの必要性、さい帯血採取の安全性、およびプライバシーが保護されることについて、説明者より別紙説明文書に従い説明を受け十分理解しました。よって、以下について同意します。

1. 分娩に際してさい帯血を提供すること。
2. 提供したさい帯血が検査、調製保存、登録及び国内外のさい帯血を用いた造血幹細胞移植に使用されること。
「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」第35条に従い、研究に使用されること（臨床研究を含む）。
また、研究目的に使用される場合には、研究者から研究内容について説明を行うことについて、さい帯血バンクから同意を求められる場合があること。
3. 2.については兵庫さい帯血バンクに一任し、その所有権その他の権利は放棄すること。
また、研究に使用された場合、研究成果に基づく知的財産権は成果を上げた研究者に帰属すること。
4. 提供したさい帯血に関する個人情報は、匿名化された上でさい帯血情報公開システム上に公開され国内外の移植や研究に使用されること。
また、移植に使用されたさい帯血の情報は、一般社団法人日本造血細胞移植データセンターへ報告され、造血幹細胞移植の治療成績の解析などを目的とした研究に利用されること。
5. 血液検査（肝炎、HIV、HTLV-1、梅毒等）のために、出産前後に私が採血されること。
検査項目とその検査結果について私が希望する場合には通知を受けられること。
6. さい帯血移植のための組織適合性検査において遺伝子検査を用いること。また、移植成績向上を目的とした母体血とさい帯血の遺伝子検査をする可能性があること。
7. 診療録の閲覧、問診票の記入に応じること。
8. 出産後4カ月を経過した段階での新生児及び私の健康状態について情報を提供すること。
9. 提供に同意しても、諸般の事情によりさい帯血が採取及び保存されない場合があること。
10. 同意書を提出後も健康調査票を返送するまでは、その同意を撤回することができること。撤回しても私の不利益にはならないこと。
11. 移植又は研究に提供されなかったさい帯血は廃棄されること。いかなる場合も返却されないこと。
12. 上記のほか、別紙説明文書の内容につき理解の上、これに従うこと。

同意年月日 _____年____月____日

(フリガナ) _____

提供者署名 _____

郵便番号 〒 _____

現住所 _____

電話番号 (____) _____

【出産後半年以降の連絡先が現住所と異なる場合は以下にご記入ください。】

郵便番号 〒 _____

住所 _____

電話番号 (____) _____