

ライブ手術研修への協力依頼について（様式5）

様

この度、_____の治療に際し、下記の要領でライブ手術を行うことについてご協力いただきたく、お願い申し上げます。なお、このライブ手術研修に協力するかどうかは、あなた様の治療とはなんら関係がなく、ご協力いただけない場合でも不利益を受けることはありません。また、一度同意した場合でもいつでも撤回可能です。

1. ライブ手術研修の目的と方法について

この_____は、治療技術の向上などを通して、患者さんによりよい医療を提供することを目的として行われるものです。そのため、研修参加者に対してこの治療の状況をライブで放映（公開）し、実際の治療手技を説明・教育しながら、あるいは、多くの専門医の叡智を集めた治療を提供すべくディスカッションをしながら手技を行います。

2. ライブ手術を受けるにあたっての利益と不利益について

ライブ手術を受けることによる特別な利益はありませんが、ライブ手術では術者が通常の慣れた環境とは異なり、多数の視聴者の前で実技を公開するため術者に余分なストレスがかかり、また、判断もその状況に影響されて術者の通常の実力を100%発揮できない可能性があります、この点が不利益となります。

3. ライブ手術参加者について

参加者は、この分野の医療に携わっている医師や看護師、技師などの医療従事者と医療器具を製造販売している企業関係者などです。いずれも、心臓血管外科手術に関連する業務に携わっている方で、研修目的に相応しい方々に限られています。

4. プライバシー保護について

研修参加者には、患者様の名前や住所などの個人情報公表しません。

以上

(西暦) 年 月 日 説明者(署名) _____

ライブ手術研修への協力に関する承諾書

_____ 病院長殿

担当医師より、手術の状況を公開することなどライブ手術研修の内容について説明を受けました。つきましては、上記ライブ手術研修のために、治療状況を公開しながら手術を受けることを承諾致します。

(西暦) 年 月 日

患者署名 (同意代行者署名・続柄) _____

代行署名理由 _____