

ヒトゲノム・遺伝子解析を伴う治験の詳細

記載日 西暦 201 年 月 日

治験課題名： _____

治験依頼者名： _____

治験期間： _____

目標症例数：全体 例、名古屋医療センター 例 _____

下記の項目を記載し、記載内容が治験実施計画書、説明同意文書に記載してあるかチェックして下さい。

製薬協ファーマコゲノミクス分類	<input type="checkbox"/> 分類 A(治験実施時に具体的な方法と実施時期が決定されている当該薬物の評価に限定したゲノム・遺伝子解析) <input type="checkbox"/> 分類 B(治験実施時に具体的な方法または実施時期が決定されていない当該薬物の評価に限定したゲノム・遺伝子解析) <input type="checkbox"/> 分類 C(当該薬物の評価とは直接関係しない探索的研究) *分類 C はゲノム倫理指針の遵守が求められる
1. ゲノム薬理学を利用する検討の目的(治験薬との関係等)	<input type="checkbox"/> 治験実施計画書への記載あり <input type="checkbox"/> 説明同意文書への記載あり
2. 解析を行う対象集団(解析対象が治験対象の一部に限定される場合はその条件等)	<input type="checkbox"/> 治験実施計画書への記載あり <input type="checkbox"/> 説明同意文書への記載あり
3. 試料の取り扱い	
3-1. 提供を受ける媒体・量、方法	<input type="checkbox"/> 治験実施計画書への記載あり <input type="checkbox"/> 説明同意文書への記載あり
3-2-1. 匿名化の種類・実施方法	<input type="checkbox"/> ①連結不可能匿名化(方法： _____) <input type="checkbox"/> ②連結可能匿名化 <input type="checkbox"/> シングルコード化(方法： _____) <input type="checkbox"/> ダブルコード化(方法： _____) <input type="checkbox"/> ③匿名化しない <input type="checkbox"/> 治験実施計画書への記載あり <input type="checkbox"/> 説明同意文書への記載あり
3-2-2. 連結可能匿名化の場合(3-2=②) 個人情報管理者所属・職名・氏名 ※治験責任医師を記載してください。	
3-2-2. 連結可能匿名化の場合(3-2=②) 個人情報管理補助者	<input type="checkbox"/> ①置かない <input type="checkbox"/> ②置く(所属・職名・氏名を以下に記載)
3-3-1. 試料の提供が行われる機関 ※当院から保存機関までに運搬されるまで関連する機関名を記載してください。(国名も記載)	<input type="checkbox"/> 治験実施計画書への記載あり <input type="checkbox"/> 説明同意文書への記載あり

