**[자원자 지원서]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **자원자 본인이 직접 작성하여 E-mail:** [**phase1@amc.seoul.kr**](mailto:phase1@amc.seoul.kr)**로 보내주시기 바랍니다.** | | | |
| **1. 개인 정보 이용 동의합니다. ○ 아니오 ○ 예**  본인 확인을 위한 개인 정보(이름, 성별, 생년월일, 주소, 연락처, e-mail 등) 가 본 지원서를 기준으로 수집이 되어 서울아산병원에 저장되며, 다른 용도로 사용되지 않습니다. 또한, 임상시험 참여 가능 여부 판단을 위해 서울아산병원 진료기록(EMR)등을 조회할 수 있습니다. 본 지원서는 지원하시는 임상시험의 종료 이후 60일 까지 보관되며 그 이후 폐기됩니다. 전화 스크리닝을 진행되는 것에 동의합니다.  **2. 스크리닝 방문 전 주의사항을 확인하였습니다. ○ 아니오 ○ 예**  스크리닝 방문 시에는 진단검사실 검사를 진행하기 위해 최소 8시간 이상 공복 상태를 유지하고 서울아산병원에 방문합니다. 또한, 본인 확인을 위해 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)을 지참하여야 스크리닝 검사가 진행 가능합니다. 이 외 다른 주의사항은 전화 스크리닝에 설명 드릴 예정입니다. | | | |
| **[필수항목] 아래 항목(1~6)은 서울아산병원 고유 등록번호 생성 및 연락을 하기 위한 목적으로 사용합니다.** | | | |
| 1. 이름 |  | 2. 성별 | ○ 남 |
| 3. 생년월일 |  | 4. e-mail |  |
| 5. 주소 |  | | |
| 6. 핸드폰번호 |  | 7. 그 외 연락 가능 번호  (예: 집 전화 등) |  |
| 8. 헌혈 | ○ No ○ Yes (최근 헌혈일: 년 월 일) | | |
| 9. 임상시험 참여 경험 | ○ No ○ Yes (마지막 방문일: 년 월 일) | | |
| 10. 약물 복용 여부 | ○ No ○ Yes (약물명: )  **예) 건강보조식품(비타민제 등), 한약(홍삼 등), 일반의약품(소화제, 감기약, 인공눈물, 안약, 연고, 파스 등), 처방약(치료를 요할 정도의 특정 질환으로 장기간 의약품을 복용 등) 등 한달 이내 사용한 약물 모두 기재** | | |
| 11 알레르기  / 약물과민반응 | ○ No ○ Yes (언제: 년 월 일)  **예) 아토피피부염, 비염, 음식물 알레르기, 천식, 항생제/아스피린/소염진통제 과민반응, 젤라틴 과민반응 등** | | |
| 12. 수술  /시술 예정 여부 | ○ No ○ Yes (수술/시술명 기재: )  **\* 임상시험 기간 내에 예정된 수술이나 시술 / 발치 등** | | |
| 13. 병력 / 수술력 | ○ No ○ Yes (병명/수술명 기재: )  **\* 예) 수술/입원치료, 위장관계 질환(크론씨병, 위장관 궤양 등), 심혈관계 질환(심근경색, 협심증, 심부전, 부정맥, 뇌졸증 등), 유전질환(색소성 망막염, 갈락토오스 불내성, 유당분해효소 결핍증, 포도당-갈락토오스 흡수장애 등), 비동맥 전방 허혈 시신경증 등** | | |
| 14. 흡 연 여 부 | ○ 현재흡연자 개비/일 (정확한 개수를 기록하여 주십시오)  ○ 과거흡연자 개비/일 (금연시작일: / / )  ○ 비흡연자 | | |
| 15. 음 주 여 부 | ○ No ○ Yes (최근 음주일: 년 월 일)  [음주 섭취력] 맥주: ( )잔/주, 소주: ( )잔/주, 기타( ): ( )잔/주 | | |
| 16. 기 호 음 식 | ○ No ○ Yes (최근 섭취일: 년 월 일)  [섭취력] 커피: ( )잔/주, 차: ( )잔/주, 고카페인 음료: ( )잔/주 | | |
| 17. 비정상적인 식이 | ○ No ○ Yes ( )  **예) 자몽, 자몽주스, 자몽 성분이 포함된 이온음료 등의 정기적인 섭취, 단백질 위주의 식사, 채식주의, 불규칙적인 식사 등** | | |
| 18. 키, 몸무게 | ( ) cm ( ) kg **\*최근 측정한 키, 몸무게 기재** | | |
| 19. 운 동 여 부 | ○ No ○ Yes( ) | | |
| 20. 표준식사 가능 여부 | ○ No ○ Yes **\*표준식사 : 병원에서 제공하는 식사** | | |
| 21. 혈액채취 가능 여부 | ○ No ○ Yes **\*추적관찰을 위한 방문과 연구기간 동안 혈액채취 가능 여부** | | |
| 22. 피임 가능 여부 | **\* 첫 임상시험용의약품 투여일로부터 추적방문일까지 효과적인 피임법 또는 의학적으로 인정되는 적절한 이중피임법을 사용하고 정자를 제공하지 않는 것에 동의합니까?**  ○ No ○ Yes ⇒ 아래 [효과적인 피임법] 체크해주세요.  [효과적인 피임법]  1) 아래 중 1가지 이상 선택 (해당되지 않는다면 기재하지 않고, 2)를 기재하십시오.  ○ 성파트너(또는 배우자)의 자궁내 장지(루프, 미레나)  ○ 성파트너(또는 배우자)의 난관 절제술 및 결찰술  ○ 정관 절제술  2) 아래 중 2가지 이상 선택  ○ 남성용 콘돔  ○ 성파트너(또는 배우자)의 여성용 콘돔(페미돔)  ○ 성파트너(또는 배우자)의 자궁 경부캡  ○ 성파트너(또는 배우자)의 피임용 격막  ○ 성파트너(또는 배우자)의 피임용 스펀지  ○ 성파트너(또는 배우자)의 경구용 피임약  ○ 성파트너(또는 배우자)의 호르몬성 피임법 | | |
| 23. 주의사항 준수  가능여부 | ○ No ○ Yes ( )  **\* 주의사항: 동의서 작성 이후 최종적인 안전성 평가를 위한 검사를 할 때까지 타 임상시험용의약품을 포함하여 모든 전문의약품, 일반의약품 및 한약 등의 임의 투여 제한 (필요 시 시험자와 먼저 상의), 헌혈 및 수혈 금지 / 첫 투여일 2일 전부터 최종적인 안전성 평가를 위한 검사를 할 때까지 음주, 흡연, 카페인 섭취 및 임상시험에 영향을 줄 것으로 예상되는 음식물 또는 건강기능식품 섭취 및 과도한 신체 활동 제한 / 첫 투여일로부터 추적방문까지 효과적인 피임법 또는 의학적으로 인정되는 적절한 이중피임법 사용 및 정자를 제공하지 않음** | | |
| 23. 참 여 일 정 확 인 | **\* 아래 일정에 참여가능 해야 합니다.**  ○ 일정가능 ○ 일정불가능  **(일정은 변경될 수도 있으며, 1기/2기/추적방문 모두 방문 가능하여야 합니다.)**  **아래 일정1, 일정2 중 하나의 일정 참여 예정입니다.**  **(일정 예1)**  **<1기 (외래/입원)>** 2017.03.27 ~ 2017.03.29 (2박 3일 입원),  2017.03.30 ~ 2017.04.01, 2017.04.03, 2017.04.05, 2017.04.07(외래)  **<2기 (외래/입원)>** 2017.05.15~2017.05.17 (2박 3일 입원),  2017.05.18 ~2017.05.20, 2017.05.22, 2017.05.24, 2017.05.26(외래)  **<추적방문 (외래)>** 2017.06.19  **(일정 예2)**  **<1기 (외래/입원)>** 2017.03.30 ~ 2017.04.01 (2박 3일 입원),  2017.04.02 ~ 2017.04.04, 2017.04.06, 2017.04.08, 2017.04.10(외래)  **<2기 (외래/입원)>** 2017.05.18~2017.05.20 (2박 3일 입원),  2017.05.21 ~2017.05.23, 2017.05.25, 2017.05.27, 2017.05.29(외래)  **<추적방문 (외래)>** 2017.06.22 | | |
| 24. 지 원 경 로 | 1) 서울아산병원 임상시험센터 홈페이지( ) 2) 기타( ) | | |
| 25. 작 성 일 | **년 월 일** | | |
| **26. 본 지원서는 본인이 직접 작성하였으며, 위 임상시험에 참여 신청합니다.** ○ No ○ Yes | | | |

문의사항이 있으시면 02-3010-7356/7357로 연락주세요.