

시험기관 연락처

클리닉: _____

코디네이터: _____

전화번호: _____

이메일: _____

TMIST

Tomosynthesis Mammographic
Imaging Screening Trial

이 연구에 관한 자세한 정보는:

www.ecog-acrin.org/tmist

www.cancer.gov/TMIST



TMIST

Tomosynthesis Mammographic
Imaging Screening Trial

유방암 선별검사 대상자군에서
진행성 유방암 비율에 미치는
주기적 유방암 선별검사의
영향을 숙지하는 연구

참여해 주셔서
감사합니다!



다음 연구 선별검사 예상 날짜:

_____ , 20_____

배정된 선별검사 방법:

- 디지털 유방촬영검사
- 유방단층촬영검사

TMIST 선별검사 빈도:

- 매년
- 격년

상기 날짜 전에 다른 기관에서 어떤 종류의
촬영이든 유방촬영을 받을 경우, 본 카드에
1기록된 연구 코디네이터에게 연락해 주십시오.

<잠재적 참여자 이름>님께

이 중요한 임상시험 참여에 동의해 주셔서 감사합니다.
유방암 선별검사에는 아직도 답이 없는 질문이 많이
남아 있습니다. 귀하와 같이 임상시험에 참여해 주시는
여러 분들을 통해 저희는 유방암 선별검사에 가장 적합한
영상 촬영법을 알아 낼 수 있기를 바랍니다.

귀하는 고 품질의 완전한 의료 관리를 받을 것이라고
믿습니다. 저희 연구진과 제가 귀하와 긴밀한 연락을
계속 취할 것이며, 귀하의 유방촬영 선별검사에서 매년
또는 2년마다 뵙기를 기대하겠습니다. 이렇게 함으로써
귀하와 다른 환자분들을 돕기 위해 가능한 한 많은
정보를 얻는 동안에 귀하에게 최선의 의료 관리를
제공해 드릴 수 있습니다.

다시 한 번 감사 드리고, 귀하를 돕길 기대하겠습니다.

안녕히 계십시오.