**뇌기증 희망자 설명문 및 뇌기증 절차 및 유가족 지원 원칙**

안녕하세요? 서울대병원 뇌은행입니다.

숭고한 나눔의 정신으로 뇌기증을 고려하여 주셔서 감사합니다.

앞으로 사망 후 뇌기증이 이루어지게 되면 정확한 진단을 위한 뇌부검을 먼저 하며, 진단 후 남은 조직은 차후 연구를 위하여 적정하게 보존됩니다.

뇌 기증의 경우 뇌 부검은 전 뇌를 대상으로 하며, 뇌뿐만 아니라 질병과 관련이 있는 장기도 적출할 수 있으므로 전신 부검을 원칙으로 하고 있습니다.

그러나 유가족께서 뇌만 기증하시기 원하실 경우 뇌만 기증하실 수 있습니다.

1. **뇌기증절차는 크게 사전(死前)절차와 사후(死後)절차로 나뉩니다.**

**[1] 사망 전(死亡 前) 절차**

**뇌기증 희망자 등록 신청서 및 뇌기증 희망자 추적 동의서를 작성합니다.**

1. **뇌기증 희망자 등록 신청서**의 경우 뇌 기증을 추후에 하겠다는 동의서이고, **추적동의서**는 저희가 일정기간을 주기로 기증예정자분께 생존 여부 확인 등으로 연락을 드리는 것에 대해 동의한다는 동의서입니다.
2. 뇌기증 희망자 등록신청서를 작성하셨더라도 사후(死後)에 유가족분들께서 반대하시면 뇌 기증을 하실 수 없습니다. 따라서 가족분들과도 충분한 논의가 필요합니다.
3. 사망 전 뇌기증시 사업비가 소진 되지 않은 경우 인지기능장애를 확인하기 위한 신경심리검사비와 MRI 촬영료를 지원하여 드립니다.

**[2] 사망 후(死亡 後)절차**

기증예정자의 상태가 위독해지면 보호자/가족분들께서 **뇌은행에 전화로 상황**을 알려야 합니다. 연락처는 **02) 2072-4681 혹은 010-7158-3090 (뇌은행, 코디네이터), 박성혜교수 (02-2072-3090).**

(미리 상황을 알아야 빠른 시간 내에 부검 및 뇌기증 진행이 가능합니다.)

1. 기증예정자가 사망하시면 **주치의**께서 **부검관련 서류를 작성**하여 주시고, **유가족분들**께서는 필요서류를 준비하여 주셔야 합니다. 필요서류는 **사망신고서 3부, 가족관계증명서 1부, 주민등록등본 3부(부검접수, 안치실 입고, 화장 시 필요)**입니다.
2. **타병원이나 자택에서 사망 시, 상황에 따라 원외 혹은 원내에서 부검 가능합니다.**

**[1] 서울대병원 이외의 곳에서 사망하신 경우**

운구차를 사망자가 있는 곳으로 보내 드리며, 운구차로 서울대병원에 모셔와서 뇌기증 절차(뇌부검)를 진행합니다.

**[2] 서울대병원내에서 사망하신 경우**

뇌은행에 전화하여 주시면 뇌기증 절차(뇌부검)를 진행합니다.

1. **뇌기증 시 유족에게 지원되는 장제 보조금** (태아 및 소아는 장제비 보조가 되지 않습니다.)

부검을 시행한 후, **시신을 인수하는 방법**에 따라 차이를 두어 지원해드리고 있습니다.

**[1]** 부검 후 시신을 **유족이 인수하는 경우** : **장제비 보조금 200만원** 지원

**[2]** 부검 후 시신을 **화장하여 유족이 인수하는 경우** : **화장은 해드리나 장제비 보조 없음.**

**[3]** 부검 후 시신을 **화장한 뒤 분골 살포** : **화장 후 분골 살포까지 해드리나 따로 장제비 보조** 없음.

1. **추가지원사항 (선택사항에 더하여 지원이 되는 부분)**

**[1]** 유가족이 병리과에 내야 하는 **부검 검사비(60만원)** 를 저희가 대신 지원해 드립니다.

**[2]** 뇌기증을 하신 후 장례를 **서울대학교병원 장례식장**에서 치르실 경우, 2박 3일 동안 **빈소료(기본형)**와 **안치비는 면제**됩니다.

1. **뇌 기증 희망자 등록신청서와 추적동의서를 작성하셔서 우편으로 보내주시거나 스캔하여 이메일로 보내주시면 됩니다.**

주소 : **서울특별시 종로구 대학로 71 서울대학교병원 의학연구혁신센터 지하 3층 뇌은행 앞**

(동봉된 우편봉투에 서류를 넣으셔서 가까운 우체통이나 우체국에서 보내주시길 바랍니다. 등기 우표는 봉투에 부착되어 있습니다.)

E-mail : **brain-bank@snuh.org**

1. **더 궁금하신 사항이 있으시면**

**문의처 : 뇌은행: 02) 2072-4681 혹은 코디네이터 (010-7158-3090)로 연락바랍니다.**

다시 한번 뇌 기증에 관심을 가져 주셔서 감사합니다.

**서울대학교병원 뇌은행**

코디네이터 : 정미정 02) 2072-4681, 010-7158-3090

서울대학교병원 뇌은행장 : 박성혜교수 02) 2072-3090

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **문서번호** | **접수일** | **접수자** |
|  |  |  |

# 서식 SNUHBBdoc 5-1 **뇌기증 희망자 등록신청서**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **뇌기증 희망자 등록신청서 (사망 전)** | | | | | | |
| ※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표시를 합니다. | | | | | | |
| 신청인 | 성명 | | | | 주민등록번호 | |
| 전화번호 | | | | 전자우편주소 | |
| 주소 (우 ) | | | | | |
| 정보수신 여부 | | [ ] 전자우편  [ ] 이동전화 문자메시지  [ ] 우편물  환자 상태 확인을 위하여 서울대학교병원 뇌은행에서 주기적으로 연락하게 됩니다. | | | |
|  | | | | | | |
| 「시체해부 및 보관에 관한 법률」 제1조에 준하여 위와 같이 신청합니다. | | | | | | |
| 년 월 일 | | | | | | |
|  | | | | 신청인 | | (서명 또는 인) |
| **등록기관장** | | **서울대학교병원 뇌은행장 귀하** | | | | |
|  | | | | | | |

# 서식 SNUHBBdoc 7-1 **뇌기증희망자 추적 동의서**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **뇌기증 희망자 추적동의서 (사망 전)** | | | | | | |
| ※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표시를 합니다. | | | | | | |
| 동의인  (본인) | 성명 | | | | 영문성명 | |
| 전화번호 | | | | 전자우편주소 | |
| 주소 (우 ) | | | | | |
| 연락수신 방법 | | [ ]전자우편 [ ]이동전화 문자메시지 [ ]우편 | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 동의인  (가족) | 성명 | | 영문성명 | | 전화번호 | | 전자우편주소 | | 주소 (우 ) | | | | 연락수신 방법 | [ ]전자우편 [ ]이동전화 문자메시지 [ ]우편 | |   . 서울대학교병원 뇌은행은 기증자(환자)와 기증자 가족의 개인정보를 뇌기증 희망자를 추적하는 용도 이외에는 사용하지 않을 것을 명시한다.  위의 내용에 대한 충분한 설명을 들었으며 이에 동의합니다. | | | | | | |
| 년 월 일 | | | | | | |
|  | | | | 동의인(본인) (서명 또는 인)  동의인(가족) (서명 또는 인) | |  |
| **등록기관장** | | **서울대학교병원 뇌은행장** 귀하 | | | | |
| **※ 본 동의서는 뇌기증 희망자 사망 후 5년간 보관됩니다.** | | | | | | |