

Медицинская запись	ПРИЛОЖЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ИНСТИТУТА РАКА К КОРОТКОЙ ФОРМЕ: СОХРАНЕНИЕ ОБРАЗЦОВ ДЛЯ БУДУЩЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ <ul style="list-style-type: none"> • Взрослый пациент или • Родитель (для несовершеннолетнего пациента)
--------------------	---

НОМЕР ИССЛЕДОВАНИЯ:

Необязательная Биопсия

Эта биопсия делается исключительно в исследовательских целях и не принесет Вам никакой личной пользы. Она может помочь другим людям в будущем. Даже если Вы согласитесь на биопсию, подписавшись под «да», Вы можете передумать в любое время. Пожалуйста, прочитайте нижеследующее предложение и подумайте о Вашем выборе. Прочитав предложение, обведите правильный для Вас ответ кружком и укажите Ваши инициалы. Решение участвовать в этой части исследования добровольное, и независимо от того, что Вы решите, это не повлияет на Ваш уход.

Я согласен/согласна сделать биопсию опухоли для исследовательских тестов этого исследования.

ДА____ НЕТ____ Не касается этого исследования____ Инициалы_____

Необязательные Исследования

Мы хотели бы сохранить немного собранных образцов и данных для будущих исследований. Эти образцы и данные будут обозначены номером, а не Вашим именем. Использование Ваших образцов и данных будет производиться только в исследовательских целях, и Вы не получите никакой личной пользы. Также возможно, что сохраненные образцы и данные никогда не будут использованы. Результаты исследований на основе Ваших образцов и данных не будут доступны ни Вам, ни Вашему врачу. Они могут помочь людям, страдающим от рака и других болезней, в будущем.

Если Вы сейчас решите, что Ваши образцы и данные могут быть сохранены для исследований, Вы можете передумать в любое время. Просто свяжитесь с нами и дайте нам знать, что Вы не хотите, чтобы мы использовали Ваши образцы и/или данные. Тогда любые оставшиеся образцы будут уничтожены, и Ваши данные не будут использоваться для будущих исследований.

Пожалуйста, прочитайте каждое нижеследующее предложение и подумайте о Вашем выборе. Прочитав каждое предложение, обведите кружком правильный для Вас ответ и укажите Ваши инициалы. Независимо от того, что Вы решите, это не повлияет на Ваш уход.

1. Мои образцы и данные могут быть сохранены для использования рака, его предотвращения и лечения или в исследованиях по изучению других проблем со здоровьем.

ДА____ НЕТ____ Инициалы_____

2. Кто-нибудь может связаться со мной в будущем, чтобы попросить разрешение использовать мой/мои образец/образцы и/или данные для новых исследований, которые не включены в это согласие.

ДА____ НЕТ____ Инициалы_____

Patient Identification	NCI ADDENDUM TO SHORT FORM-STORAGE FOR FUTURE USE <ul style="list-style-type: none"> • Adult Patient or • Parent for Minor Patient NIH-2514-5 (2-11) Short Form Template P.A.: 09-25-0099 File in Section 4: Protocol Consent
-------------------------------	--