

**ADDENDUM AU FORMULAIRE COURT DU NCI – STOCKAGE POUR
UTILISATION ULTÉRIEURE**

FICHE MÉDICALE

• Patient adulte ou • Parent pour patient mineur

NUMÉRO DE L'ÉTUDE :

Biopsie facultative

La biopsie qui aura lieu est destinée exclusivement à des fins de recherche et ne vous profitera pas. Il se peut qu'elle aide d'autres personnes à l'avenir. Même si vous acceptez de subir la biopsie en entourant le « Oui », vous pouvez changer d'avis à tout moment. Veuillez lire chaque phrase ci-dessous et réfléchir à votre choix. Après avoir lu la phrase, entourez la réponse qui vous convient et apposez vos initiales à côté, sur la ligne prévue à cet effet. La décision de participer à cette partie de la recherche est facultative et peu importe ce que vous décidez de faire, cela n'affectera en aucun cas vos soins.

J'accepte de subir la biopsie de tumeur pour les tests de recherche, dans le cadre de cette étude.

Oui _____ Non _____ Ne s'applique pas à cette étude _____ Initiales _____

Études optionnelles

Nous aimerions conserver certains des échantillons prélevés et des données recueillies pour des études de recherche ultérieures. Ces données et ces échantillons seront identifiés par un numéro et non pas par votre nom. L'usage de vos échantillons et données sera exclusivement à des fins de recherche et ne vous profitera pas. Il est aussi possible que les données et les échantillons conservés ne soient jamais utilisés. Les résultats des études de recherche effectuées sur vos échantillons et données ne seront pas à votre disposition ni à celle de votre médecin. Il se peut qu'ils servent à d'autres personnes atteintes d'un cancer et d'autres maladies, à l'avenir.

Si vous décidez maintenant que vos échantillons et données peuvent être conservés à des fins de recherche, vous pouvez toujours changer d'avis à tout moment. Il vous suffirait de nous contacter et de nous faire savoir que vous ne voulez pas que nous utilisions vos échantillons et/ou données. Dans ce cas, tous les échantillons restants seraient détruits et vos données ne seraient pas utilisées pour des études de recherche ultérieures.

Veuillez lire chaque phrase ci-dessous et réfléchir à votre choix. Après avoir lu chaque phrase, entourez la réponse qui vous convient et apposez vos initiales à côté, sur la ligne prévue à cet effet. Peu importe ce que vous décidez de faire, cela n'affectera pas vos soins.

1. Mes échantillons et données peuvent être conservés pour être utilisés en recherche afin d'en apprendre davantage sur le cancer, de le prévenir ou de le traiter.

Oui _____ Non _____ Initiales _____

2. Mes échantillons et données peuvent être conservés pour être utilisés en recherche afin d'en apprendre davantage sur d'autres problèmes de santé, de les prévenir ou de les traiter (comme par exemple : le diabète, la maladie d'Alzheimer ou les maladies cardiaques).

Oui _____ Non _____ Initiales _____

3. Quelqu'un peut me contacter à l'avenir pour me demander l'autorisation d'utiliser mon(mes) échantillon(s) et/ou données dans de nouveaux travaux de recherche non compris dans ce consentement.

Oui _____ Non _____ Initiales _____

PATIENT IDENTIFICATION

NCI ADDENDUM TO SHORT FORM – STORAGE FOR FUTURE USE

• Adult Patient or • Parent, for Minor Patient

NIH-2514-5 (3-12) Short Form Template

P.A.: 09-25-0099

File in Section 4: Protocol Consent