

STUDY NUMBER:

Biópsia Opcional

A biópsia a ser realizada é exclusivamente para fins de pesquisa e não lhe trará benefício algum. Esta poderá ajudar outras pessoas no futuro. Mesmo que você tenha assinalado "sim" para realizar a biópsia, poderá mudar de ideia a qualquer momento. Favor ler cada sentença abaixo e pensar sobre a sua escolha. Após ler cada sentença, faça um círculo e coloque suas iniciais na resposta que for correta para você. A decisão para participar nesta parte da pesquisa é opcional, e não importa a sua decisão, esta não afetará o seu atendimento.

Concordo em realizar uma biópsia do tumor para os testes de pesquisa neste estudo.

Sim _____ Não _____ Não se aplica a este estudo _____ Iniciais_____

Estudos Opcionais

Gostaríamos de manter algumas das amostras e dados que forem coletados para pesquisas futuras. Essas amostras e dados serão identificados por um número, não pelo seu nome. O uso de suas amostras e dados será apenas para fins de pesquisa e não lhe trará benefício algum. Também é possível que as amostras e dados armazenados nunca sejam usados. Os resultados de pesquisas realizadas com suas amostras e dados não serão disponibilizados para você ou seu médico. Estas poderão ajudar outras pessoas com câncer e outras doenças no futuro.

Se você decidir agora que suas amostras e dados podem ser preservados para pesquisa, poderá mudar de ideia a qualquer hora. Apenas entre em contato conosco e nos comunique que você não deseja que usemos suas amostras e/ou dados. Dessa forma, qualquer amostra remanescente será destruída e seus dados não serão usados para pesquisas futuras.

Favor ler cada sentença abaixo e pensar sobre sua escolha. Após ler cada sentença, faça um círculo e coloque suas iniciais na resposta que for correta para você. Não importa a sua decisão, esta não afetará o seu atendimento.

1. Minhas amostras e dados poderão ser preservados para uso em pesquisas para aprender mais sobre o câncer, como evita-lo e como trata-lo.

Sim _____ Não _____ Iniciais_____

2. Minhas amostras e dados poderão ser preservados para uso em pesquisa para aprender, evitar e tratar outros problemas de saúde (por exemplo: diabetes, doença de Alzheimer ou doenças coronárias).

Sim _____ Não _____ Iniciais_____

3. Alguém poderá me contatar no futuro pedindo permissão para usar minhas amostras e/ou dados em novas pesquisas que não estão incluídas neste formulário de consentimento.

Sim _____ Não _____ Iniciais_____