NCI ADDENDUM TO SHORT FORM - STORAGE FOR FUTURE USE

MEDICAL RECORD

· Adult Patient or · Parent, for Minor Patient

STUDY NUMBER:

Biopsia opzionale

Le biopsia viene eseguita esclusivamente per scopi di ricerca e non Le sarà di beneficio ma potrebbe aiutare altre persone in futuro. Anche se contrassegna la risposta "Si" per sottoporsi alla biopsia, potrà cambiare idea in qualsiasi momento. Legga tutte le frasi riportate di seguito e rifletta sulla Sua scelta. Dopo aver letto tutto, cerchi la risposta e apponga le Sue iniziali di lato alla risposta prescelta. La decisione di partecipare a questa fase della ricerca è opzionale e, indipendentemente da quello che deciderà di fare, ciò non avrà alcuna ripercussione sulle Sue cure.

Acconsent	a sottopormi	alla biopsia del tumore p	per i test di ricerca c	li questo studio.	
Sì	No	_ Non applicabile pe	er questo studio	Iniziali	
Studi opz	ionali				
Desideriamo conservare alcuni campioni di tessuto, sangue e urina raccolti per ricerche future. Questi campioni saranno identificati da un numero e non dal Suo nome. L'uso dei Suoi campioni avverrà esclusivamente per scopi di ricerca e Lei non ne trarrà beneficio. Esiste anche la possibilità che i campioni conservati non saranno mai usati. I risultati della ricerca eseguita con i Suoi campioni non saranno resi disponibili né a Lei né al Suo medico ma potrebbero aiutare altre persone affette da cancro o altre malattie in futuro.					
Anche se adesso decide che i Suoi campioni di tessuto, sangue e urine possono essere conservati per motivi di ricerca, potrà cambiare idea in qualsiasi momento. Sarà sufficiente che ci contatti e che ci informi che non desidera che i Suoi campioni di tessuto, sangue e urine vengano utilizzati da noi. A quel punto, qualsiasi tessuto, sangue e urina residui verranno distrutti.					
				o aver letto tutto, cerchi la rispo e, ciò non avrà ripercussioni sul	
	ampioni e dati o trattare il can		ati per essere utilizz	ati a scopo di ricerca per scoprir	e nuove informazioni
Sì	No	Iniziali	_		
				nti a scopo di ricerca per scoprire : diabete, malattia di Alzheimer	
Sì	No	Iniziali	_		
		rà contattarmi per chied esente consenso.	lermi il permesso di	utilizzare e/o dati i miei campion	i per una nuova
Sì	No	Iniziali	_		

PATIENT IDENTIFICATION

NCI ADDENDUM TO SHORT FORM – STORAGE FOR FUTURE USE

• 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