

STUDY NUMBER: [Farsi]

بایوپسی اختیاری

بایوپسی (بافت برداری) که در نظر است انجام شود منحصراً برای مقاصد پژوهشی است و برای شما منفعتی در بر نخواهد داشت بلکه این امر ممکن است در آینده به کسان دیگر کمک کند. حتی اگر قسمت «بلی» را برای انجام بایوپسی امضا کنید هرگاه خواستید می‌توانید تصمیم خود را عوض کنید. لطفاً هر یک از جملات ذیل را بخوانید و درباره گزینه خود بیاندیشید. پس از خواندن هر جمله، دور پاسخ مناسب دایره بکشید و پاراف کنید. تصمیم به مشارکت در این بخش از پژوهش، اختیاری است و هر تصمیمی که بگیرید بر مراقبت و درمان شما اثر نخواهد داشت.

من به انجام بایوپسی غده به منظور آزمایش‌های پژوهشی در این برنامه تحقیق رضایت می‌دهم.

بلی _____ خیر _____ به این مطالعه مربوط نیست _____ حروف اول نام _____

مطالعات اختیاری

ما مایلیم مقداری از نمونه‌ها و اطلاعاتی را که گردآوری می‌شود برای پژوهش در آینده نگاهداریم. این نمونه‌ها و اطلاعات نه با ذکر نام شما بلکه بوسیله یک شماره مشخص می‌شود. استفاده از نمونه‌ها تنها برای مقاصد پژوهشی خواهد بود و برای شخص شما نفعی در بر نخواهد داشت. همچنین امکان دارد که نمونه‌ها و اطلاعات نگاهداری شده هرگز به کار نرود. نتایج پژوهش انجام شده در مورد نمونه‌ها و اطلاعات گرفته شده از شما در اختیار شما یا پزشک شما قرار نخواهد گرفت بلکه ممکن است در آینده به مردمی که به سرطان یا بیماری‌های دیگر مبتلا هستند کمک کند.

اگر اکنون تصمیم بگیرید که نمونه‌ها و اطلاعات گرفته شده از شما را می‌توان برای پژوهش نگاهداشت، هر زمان می‌توانید تصمیم خود را عوض کنید. کفایت با ما تماس بگیرید و اطلاع دهید که نمی‌خواهید ما از نمونه‌ها و/یا اطلاعات گرفته شده از شما استفاده کنیم. در آن صورت، نمونه‌های باقیمانده از بین برده خواهد شد و اطلاعات مربوط به شما برای پژوهش‌های آتی به کار نخواهد رفت.

خواهشمند است هر یک از جملات ذیل را بخوانید و درباره گزینه خود فکر کنید. پس از خواندن هر جمله، دور پاسخی که برای شما مناسب است دایره بکشید و آن را پاراف کنید. تصمیم شما هر چه باشد بر مراقبت و درمان شما اثر نخواهد داشت.

1. نمونه‌ها و اطلاعات مربوط به من را می‌توان برای استفاده در پژوهش به منظور کسب معلومات درباره سرطان و پیشگیری یا درمان آن نگاهداشت.

بلی _____ خیر _____ حروف اول نام _____

2. نمونه‌ها و اطلاعات مربوط به من را می‌توان در پژوهش برای کسب معلومات پیرامون دیگر مشکلات بهداشتی (برای مثال: دیابت، آلزایمر، یا بیماری قلب) و پیشگیری یا درمان آنها به کار برد.

بلی _____ خیر _____ حروف اول نام _____

3. یک نفر در آینده با من تماس بگیرد و اجازه بخواند تا از نمونه(ها) و/یا اطلاعات گرفته شده از من در پژوهش‌های جدید که در این رضایتنامه ذکر نشده استفاده شود.

بلی _____ خیر _____ حروف اول نام _____

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