

STUDY NUMBER:

### Додаткова біопсія

Біопсія, яка має бути проведена, виконується виключно в дослідницьких цілях і не принесе вам жодної користі. Вона може допомогти іншим людям в майбутньому. Навіть якщо ви дасте свою згоду на проведення біопсії, поставивши підпис "так", ви можете змінити своє рішення в будь-який час. Будь ласка, прочитайте кожне речення наведене нижче, і подумайте про свій вибір. Після того, як ви прочитаєте кожне речення, обведіть відповідь, яка підходить саме вам, та проставте свої ініціали. Рішення про участь в цій частині дослідження є обов'язковим, і незалежно від того, яке ви приймете рішення, це не вплине на надання вам медичної допомоги.

Я згоден (-а) на проведення біопсії пухлини для дослідницьких аналізів в рамках даного дослідження.

Так \_\_\_\_\_ Ні \_\_\_\_\_ Не застосовується для даного дослідження \_\_\_\_\_ ПІП \_\_\_\_\_

### Додаткові дослідження

Ми хотіли б зберегти деякі з зібраних зразків і даних для майбутніх досліджень. Ці зразки і дані будуть ідентифікуватися за номером, а не вашим ім'ям. Використання ваших зразків і даних буде проводитись виключно в дослідницьких цілях і не принесе вам жодної користі. Крім того, можливо, що збережені зразки і дані ніколи не будуть використані. Результати досліджень, проведених на ваших зразках і даних, не будуть доступні для вас або вашого лікаря. В майбутньому це може допомогти людям хворим на рак та інші захворювання.

Якщо ви зараз вирішите, що ваші зразки і дані можуть зберігатися протягом дослідження, ви можете змінити своє рішення в будь-який час. Просто зв'яжіться з нами і повідомте про те, що ви не хочете, щоб ми використовували ваші зразки та / або дані. Тоді будь-які зразки, які залишаться, будуть знищені і ваші дані не будуть використовуватися для майбутніх досліджень.

Будь ласка, прочитайте кожне речення наведене нижче, і подумайте про свій вибір. Після того, як ви прочитаєте кожне речення, обведіть відповідь, яка підходить саме вам, та проставте свої ініціали. Незалежно від того, яке ви приймете рішення, це не вплине на надання вам медичної допомоги.

1. Мої зразки і дані можуть зберігатися для використання в дослідженнях для вивчення, профілактики або лікування раку.

Так \_\_\_\_\_ Ні \_\_\_\_\_ ПІП \_\_\_\_\_

2. Мої зразки і дані можуть зберігатися для використання в дослідженнях для вивчення, профілактики або лікування інших хвороб (наприклад, діабет, хвороба Альцгеймера або хвороба серця).

Так \_\_\_\_\_ Ні \_\_\_\_\_ ПІП \_\_\_\_\_

3. Зі мною можна буде зв'язатися в майбутньому для отримання дозволу на використання мого (-їх) зразку (-ів) та / або даних в нових дослідженнях, які не були включені до цієї згоди.

Так \_\_\_\_\_ Ні \_\_\_\_\_ ПІП \_\_\_\_\_