STUDY NUMBER:

Opcjonalna biopsja

Biopsja zostanie wykonana tylko i wyłącznie w celach badawczych i nie ma z niej dla Państwa żadnych korzyści. Może ona natomiast pomóc innym osobom w przyszłości. Nawet, jeżeli wyrazi Pan/Pani pisemną zgodę na biopsję, można się z niej wycofać w każdej chwili. Prosimy o przeczytane każdego zdania poniżej i zastanowienie się nad Państwa wyborem. Po przeczytaniu każdego zdania, proszę zakreślić odpowiednią odpowiedź i potwierdzić swoimi inicjałami. Decyzja wzięcia udziału w tej części badań jest opcjonalna i Państwa decyzja nie będzie miała żadnego wpływu na leczenie.

Wyrażam zgodę na biopsję guza dla celów badawczych.

Tak _____ Nie _____ Nie dotyczy dla tego badania _____ Inicjały_____

Opcjonalne badania

Chcielibyśmy zatrzymać niektóre próbki i dane, które zostały zebrane do badań, które mogą być przeprowadzone w przyszłości. Próbki te i dane będą oznaczone tylko numerem a nie Pana/Pani imieniem i nazwiskiem. Próbki i dane wykorzystane będą wyłączne w celach badawczych, z których nie będą Państwo mieli żadnych korzyści. Możliwe jest również, że przechowywane próbki i dane nigdy nie zostaną wykorzystane. Wyniki badań, w których wykorzystano Pana/Pani próbkę i dane nie zostaną udostępnione ani Pani/Panu ani Państwa lekarzowi. Mogą one natomiast pomóc w przyszłości innym pacjentom chorującym na raka lub inne choroby.

Jeżeli wyrażą Państwo teraz zgodę na przechowywanie próbek i danych w celach badawczych, można w każdym momencie zmienić zdanie. Wystarczy się z nami skontaktować i powiadomić nas, że Pan/Pani nie chce abyśmy korzystali z Pana/Pani próbek lub/i danych. Wtedy wszystkie pozostale próbki, zostaną zniszczone a dane nie będą wykorzystanie w przyszłych badaniach.

Prosimy o przeczytane każdego zdania poniżej i zastanowienie się nad Państwa wyborem. Po przeczytaniu każdego zdania, proszę zakreślić odpowiednią odpowiedź i potwierdzić swoimi inicjałami. Państwa decyzja nie będzie miała żadnego wpływu na leczenie.

1. Wiele próbek i danych będzie przechowywanych do wykorzystania w badaniach, które mają na celu zdobycie informacji o raku, jego zapobieganiu i leczeniu.

Tak _____ Nie _____ Inicjały_____

2. Moje próbki i dane mogą być przechowywane do wykorzystania w badaniach mających na celu zdobycie informacji, zapobieganiu i leczeniu innych problemów zdrowotnych (na przykład: cukrzycy, choroby Alzheimera lub choroby serca).

Tak _____ Nie _____ Inicjały_____

3. Ktoś może się ze mną skontaktować w przyszłości, aby zapytać o zgodę na wykorzystanie moich próbek lub/oraz danych w nowym badaniu, którego niniejsza zgoda nie dotyczy.

Tak _____ Nie _____ Inicjały_____