

STUDY NUMBER: [Farsi]

بایوپسی اختیاری

بایوپسی (بافت برداری) باید منحصراً برای مقاصد پژوهشی به کار رود و برای شما منفعتی در بر نخواهد داشت. این امر ممکن است به کسان دیگر در آینده 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 مایل هستیم مقداری از نسج، خون، و ادرار گرفته شده را برای پژوهش در آینده نگاهداریم. این نمونه‌ها بوسیله یک شماره مشخص می‌شود، نه با ذکر نام شما. استفاده از نمونه‌ها فقط برای مقاصد پژوهشی خواهد بود و برای شما نفعی در بر نخواهد داشت. همچنین امکان دارد که نمونه‌های نگاهداری شده هرگز به کار نرود. نتایج پژوهش انجام شده در مورد نمونه‌های گرفته شده از شما در اختیار شما یا پزشک شما قرار نخواهد گرفت. ممکن است به مردمی که سرطان یا امراض دیگر دارند در آینده کمک شود.

اگر اکنون تصمیم بگیرید که نسج، خون، و ادرار گرفته شده از شما را می‌توان برای پژوهش نگاهداشت، هر زمان می‌توانید تصمیم خود را عوض کنید. کافایت با ما تماس بگیرید و اطلاع دهید که نمی‌خواهید ما از نسج، خون، و ادرار گرفته شده از شما استفاده کنیم. در آن صورت، نسج، خون، و ادرار باقیمانده از بین برده خواهد شد.

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. هر تصمیمی که بگیرید بر مراقبت و درمان شما اثر نخواهد داشت.

1. نسج، خون، و ادرار من را می‌توان برای استفاده در پژوهش برای کسب معلومات درباره سرطان، پیشگیری و درمان آن نگاهداشت.

بلی _____ خیر _____ حروف اول نام _____

2. نمونه‌های گرفته شده از من را می‌توان در پژوهش برای کسب معلومات درباره دیگر مشکلات بهداشتی (برای مثال: دیابت، آلزایمر، یا بیماری قلب) به کار برد.

بلی _____ خیر _____ حروف اول نام _____

3. یک نفر با من در آینده تماس بگیرد و اجازه بخواهد تا از نمونه(های) 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 (2-11) Short Form Template

P.A.: 09-25-0099

File in Section 4: Protocol Consent