



תוספת לטופס מקוצר להסכמה מהדעת להשתתפות במחקר
Dana Faber/Harvard Cancer Center (DF/HCC)
BIDMC/BWH/BCH/DFCI/MGH/Network Affiliates

מספר הפרוטוקול: _____

שם החוקר/ת הראשי/ת: _____

שם החוקר/ת המבקש/ת את ההסכמה מהדעת: _____

כשמופיעה המילה את/ה בכל טופס זה, הכוונה למשתתף/ת במחקר זה. את/ה גם מתייחס לאדם המורשה לתת הסכמה מהדעת עבור המשתתף/ת כדי להשתתף במחקר זה.

תוספת עבור מחקרים אופציונליים

הינך מתבקש/ת להשתתף בכמה מחקרים אופציונליים. אם תחליט/י שלא להשתתף באף אחד מן המחקרים האופציונליים, את/ה עדיין יכול/ה להשתתף במחקר העיקרי. בבקשה לדון עם בני משפחה וחברים והקדש/י מחשבה בתהליך קבלת ההחלטה.

השתתפותך במחקרים אופציונליים אלה הינה על בסיס התנדבותי, ולא תענש/י או תאבד/י אף אחת מזכויותיך באם תסרב/י להשתתף או שתחליט/י לעצור את השתתפותך.

אנא ציין/י אם את/ה רוצה להשתתף במחקרים האופציונליים.

מחקר אופציונלי # 1:

לא ישים

כן חר"ת _____ תאריך _____

לא חר"ת _____ תאריך _____

מחקר אופציונלי # 2:

לא ישים

כן חר"ת _____ תאריך _____

לא חר"ת _____ תאריך _____

מחקר אופציונלי # 3:

לא ישים

כן חר"ת _____ תאריך _____

לא חר"ת _____ תאריך _____

חר"ת = חתימה בראשי תיבות

תוספת לטופס מקוצר להסכמה מהדעת להשתתפות במחקר
Dana Faber/Harvard Cancer Center (DF/HCC)
BIDMC/BWH/BCH/DFCI/MGH/Network Affiliates

מחקר אופציונלי # 4:

לא ישים

כן _____ חר"ת _____ תאריך _____
 לא _____ חר"ת _____ תאריך _____

מחקר אופציונלי # 5:

לא ישים

כן _____ חר"ת _____ תאריך _____
 לא _____ חר"ת _____ תאריך _____

מחקר אופציונלי # 6:

לא ישים

כן _____ חר"ת _____ תאריך _____
 לא _____ חר"ת _____ תאריך _____

מחקר אופציונלי # 7:

לא ישים

כן _____ חר"ת _____ תאריך _____
 לא _____ חר"ת _____ תאריך _____

מחקר אופציונלי # 8:

לא ישים

כן _____ חר"ת _____ תאריך _____
 לא _____ חר"ת _____ תאריך _____

מחקר אופציונלי # 9:

לא ישים

כן _____ חר"ת _____ תאריך _____
 לא _____ חר"ת _____ תאריך _____

מחקר אופציונלי # 10:

לא ישים

כן _____ חר"ת _____ תאריך _____
 לא _____ חר"ת _____ תאריך _____

תוספת לטופס מקוצר להסכמה מהדעת להשתתפות במחקר
Dana Faber/Harvard Cancer Center (DF/HCC)
BIDMC/BWH/BCH/DFCI/MGH/Network Affiliates

תאריך: _____ חתימת המשתתף/ת במחקר או נציג/ה בעל/ת הרשאה חוקית _____

הקשר של הנציג/ה בעל/ת ההרשאה החוקית למשתתף/ת במחקר _____

תאריך: _____ חתימת המתורגמן/ית /עד/ה _____