



**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 \_\_\_\_\_