

## **Приложение к краткой форме согласия на участие в клиническом исследовании**

Dana-Farber/Гарвардский онкологический центр (DF/HCC)

Филиалы сети медицинских центров Beth Israel Deaconess Medical Center/Brigham and Women's Hospital/Boston Children's Hospital//Исследовательского института терапии рака Dana- Farber Cancer Institute/Massachusetts General Hospital

---

Протокол №: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя руководителя клинического исследования:

\_\_\_\_\_

Фамилия, имя исследователя, получившего согласие пациента на участие в клиническом исследовании: \_\_\_\_\_

В данном документе под термином «Вы» подразумевается участник клинического исследования. Под данным термином также подразумевается лицо, уполномоченное давать согласие на участие пациента в клиническом исследовании.

### **Приложение о дополнительных исследованиях**

Мы просим Вас принять участие в дополнительных исследованиях. В случае Вашего отказа от участия в дополнительных исследованиях, Вы по-прежнему можете принимать участие в основном клиническом исследовании. Пожалуйста, тщательно обдумайте свое решение и обсудите его вместе со своей семьей и друзьями.

Участие в данных дополнительных клинических исследованиях является добровольным. Вы не будете оштрафованы или лишены льгот в случае отказа или прекращения участия в исследовании.

Укажите, пожалуйста, желаете ли вы принять участие в дополнительных клинических исследованиях.

Дополнительное исследование № 1

Не применимо

Да \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Нет \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Дополнительное исследование № 2

Не применимо

Да \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Нет \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Дополнительное исследование № 3

Не применимо

Да \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Нет \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

**Приложение к краткой форме согласия на участие в клиническом исследовании**

Dana-Farber/Гарвардский онкологический центр (DF/HCC)

Филиалы сети медицинских центров Beth Israel Deaconess Medical Center/Brigham and Women's Hospital/Boston Children's Hospital//Исследовательского института терапии рака Dana- Farber Cancer Institute/Massachusetts General Hospital

---

Дополнительное исследование № 4

Не применимо

Да \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Нет \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Дополнительное исследование № 5

Не применимо

Да \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Нет \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Дополнительное исследование № 6

Не применимо

Да \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Нет \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Дополнительное исследование № 7

Не применимо

Да \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Нет \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Дополнительное исследование № 8

Не применимо

Да \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Нет \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Дополнительное исследование № 9

Не применимо

Да \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Нет \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Дополнительное исследование № 10

Не применимо

Да \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

Нет \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_ Дата

---

Подпись участника

---

Дата

**Приложение к краткой форме согласия на участие в клиническом исследовании**

Dana-Farber/Гарвардский онкологический центр (DF/HCC)

Филиалы сети медицинских центров Beth Israel Deaconess Medical Center/Brigham and Women's Hospital/Boston Children's Hospital//Исследовательского института терапии рака Dana- Farber Cancer Institute/Massachusetts General Hospital

---

или законного представителя участника

---

Степень родства законного представителя с участником

---

Подпись переводчика/свидетеля

---

Дата