

Adenda ao Formulário de Consentimento para Participar em Estudo de Investigação

Dana-Farber/ Harvard Cancer Center (DF/HCC)
BIDMC/BWH/BCH/DFCI/MGH/Network Affiliates



Número de Protocolo: _____

Nome do Investigador Principal: _____

Nome do Investigador Autorizante: _____

O uso de “você” ao longo deste documento refere-se ao participante na investigação. Refere-se também à pessoa autorizada para conceder autorização à participação do sujeito neste estudo de investigação.

Adenda para Estudos Opcionais

Está a ser convidado para participar em alguns estudos opcionais. Se decidir não participar em nenhum dos estudos opcionais, poderá participar, na mesma, no estudo de investigação principal. Pense na sua decisão durante algum tempo e discuta-a com os seus familiares e amigos.

A sua participação nestes estudos de investigação opcionais é voluntária e não será penalizado ou perderá quaisquer benefícios caso recuse participar ou decida interromper.

Por favor, indique se pretende ou não participar nos estudos de investigação opcionais.

Estudo Opcional #1:

Não aplicável

Sim _____ Iniciais _____ Data

Não _____ Iniciais _____ Data

Estudo Opcional #2:

Não aplicável

Sim _____ Iniciais _____ Data

Não _____ Iniciais _____ Data

Estudo Opcional #3:

Não aplicável

Sim _____ Iniciais _____ Data

Não _____ Iniciais _____ Data

Estudo Opcional #4:

Não aplicável

Sim _____ Iniciais _____ Data

Não _____ Iniciais _____ Data

Adenda ao Formulário de Consentimento para Participar em Estudo de Investigação

Dana-Farber/ Harvard Cancer Center (DF/HCC)
BIDMC/BWH/BCH/DFCI/MGH/Network Affiliates

Estudo Opcional #5:

- Não aplicável
- Sim _____ Iniciais _____ Data _____
- Não _____ Iniciais _____ Data _____

Estudo Opcional #6:

- Não aplicável
- Sim _____ Iniciais _____ Data _____
- Não _____ Iniciais _____ Data _____

Estudo Opcional #7:

- Não aplicável
- Sim _____ Iniciais _____ Data _____
- Não _____ Iniciais _____ Data _____

Estudo Opcional #8:

- Não aplicável
- Sim _____ Iniciais _____ Data _____
- Não _____ Iniciais _____ Data _____

Estudo Opcional #9:

- Não aplicável
- Sim _____ Iniciais _____ Data _____
- Não _____ Iniciais _____ Data _____

Estudo Opcional #10:

- Não aplicável
- Sim _____ Iniciais _____ Data _____
- Não _____ Iniciais _____ Data _____

Assinatura do Participante
Ou Representante Legalmente Autorizado

Data

Relação do Representante Legalmente Autorizado com o Participante

Assinatura do Intérprete/Testemunha

Data