

## **Uzupełnienie do skróconego świadectwa świadomej zgody na uczestniczenie w badaniu naukowym**

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

---

Numer protokołu: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko głównego badacza: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko badacza przyjmującego zgodę:  
\_\_\_\_\_

Zastosowany w niniejszym dokumencie zwrot „Pan/Pani” dotyczy uczestnika badania naukowego. Dotyczy również osoby upoważnionej do wyrażania zgody na udział pacjenta w tym badaniu naukowym.

### **Uzupełnienie do badań opcjonalnych**

**Prosimy o wzięcie udziału w kilku badaniach opcjonalnych. W przypadku nie wyrażenia zgody na jakiegokolwiek badanie opcjonalne, można w dalszym ciągu uczestniczyć w głównym badaniu naukowym.** Przed podjęciem decyzji należy poświęcić nieco czasu na omówienie jej z rodziną i znajomymi.

Udział w tych opcjonalnych badaniach naukowych jest dobrowolny i nie zostanie Pan/Pani ukarany(-a) ani nie utraci żadnych świadczeń w przypadku odmowy wzięcia udziału w badaniu lub zdecyduje się przerwać udział.

**Proszę wskazać, czy pragnie Pan/Pani udział w opcjonalnych badaniach naukowych.**

Badanie opcjonalne nr 1:

Nie dotyczy

Tak \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data

Nie \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data

Badanie opcjonalne nr 2:

Nie dotyczy

Tak \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data

Nie \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data

Badanie opcjonalne nr 3:

Nie dotyczy

Tak \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data

Nie \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data

Badanie opcjonalne nr 4:

Nie dotyczy

Tak \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data

## Uzupełnienie do skróconego świadectwa świadomej zgody na uczestniczenie w badaniu naukowym

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

---

Nie \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Badanie opcjonalne nr 5:

Nie dotyczy

Tak \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nie \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Badanie opcjonalne nr 6:

Nie dotyczy

Tak \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nie \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Badanie opcjonalne nr 7:

Nie dotyczy

Tak \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nie \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Badanie opcjonalne nr 8:

Nie dotyczy

Tak \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nie \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Badanie opcjonalne nr 9:

Nie dotyczy

Tak \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nie \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Badanie opcjonalne nr 10:

Nie dotyczy

Tak \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nie \_\_\_\_\_ Inicjały \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

---

Podpis uczestnika  
lub prawnie upoważnionego przedstawiciela

---

Data

---

Związek prawnie upoważnionego przedstawiciela z uczestnikiem

**Uzupełnienie do skróconego świadectwa świadomej zgody na uczestniczenie w badaniu naukowym**

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

---

---

Podpis tłumacza/świadka

---

Data