

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