

宫颈癌普查研究

您好

我们最近曾给您发信，介绍一项关于宫颈癌新检测的研究项目。

我们希望您通过**在家庭医生诊所或其他诊所接受常规宫颈涂片**的方式参加此项研究。

我们的记录显示，您已经逾期未做宫颈涂片检测。我们鼓励您尽快接受宫颈涂片检测。**在此项研究中，您可以在三个月内在以下地点接受免费的宫颈涂片检测：**您的家庭医生诊所、妇女健康与家庭基金（Well Women and Family Trust）或研究护士。

请携带已签字的同意书（见本邀请函背面），向医生或护士说明此项研究。

定期接受宫颈涂片检测是发现可能导致癌症病变的最佳方法。但是，是否接受宫颈涂片检测是您的个人选择。如果您不想参加此项研究或接受宫颈涂片检测，那也没有问题，对您的医疗不会有任何改变。

如果您对此项研究有任何问题，欢迎您随时联系研究护士 Jane Grant（联系方式见下表）。

如果希望预约宫颈涂片检测，请致电您的家庭医生诊所。

开展宫颈涂片检测的其他诊所联系方式：

Well Women and Family Trust	研究护士 Jane Grant
电话：09 846 7886	电话：021 195 3439 hpvstudy@waitematadhb.govt.nz

对于我们来说，掌握您的准确联系方式非常重要，如果您的联系方式有所改变敬请告知我们。

谢谢

宫颈癌普查 HPV 自检研究团队

同意书

研究参考号： _____

研究女性是否愿意自行检测 HPV，而无需看医生或护士接受宫颈涂片检测。

请阅读以下陈述，如果同意请在每个方框中画勾。

我确认，我已阅读并理解此项研究的信息。

我已获得足够时间考虑、审查和与我的家人讨论此项研究以便决定是否参加此项研究。

我对此项研究的问题均得到解答。

我理解，我是自愿（我自己选择）参加此项研究的。

我理解，对于研究采集的我的信息，将予以保密，关于此项研究的任何报告都不会使用可能会暴露我身份的材料。

我理解，研究团队、我的护士或家庭医生将会看到这些信息。这些信息也将由国家宫颈癌普查登记处、Éclair 和 TestSafe 保存。

我同意参加此项研究。

我希望获得一份此项研究的结果总结。

是

否

您的姓名

签字

日期

电子邮件（如果您希望获得研究总结） _____

家庭成员：

姓名

地址或电子邮件/电话