



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

Policlinico

Dipartimento ad Attività Integrata di Oncologia ed Ematologia

Struttura Complessa di Radioterapia

Modulo di Consenso

RADIOTERAPIA ADIUVANTE IN PAZIENTI AFFETTI DA NEOPLASIA DEL POLMONE NON A PICCOLE CELLULE LOCALMENTE AVANZATO
SOTTOPOSTI A CHIRURGIA: STUDIO RETROSPETTIVO MULTICENTRICO DELLA VALUTAZIONE DELLA TOSSICITÀ ACUTA E TARDIVA
(STUDIO RAC-TAC)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ dichiaro di aver ricevuto dal
dottor.....in dataspiegazioni esaurienti in merito alla richiesta di partecipazione allo
studio in oggetto, secondo quanto riportato nella scheda informativa qui allegata, copia della quale mi è stata
consegnata in data

A seguito di quanto appreso, dichiaro:

- Di essere stato/a informato/a sugli scopi, le procedure, la durata di questo studio, sui possibili vantaggi ed inconvenienti e accetto di partecipare a questo studio promosso dall'Azienda Ospedaliera Universitaria della Seconda Università Degli Studi Di Napoli
- Che mi è stato fornito un riassunto delle informazioni relative alle caratteristiche dello studio, di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti.
- Di essere al corrente che sono libero/a di rifiutarmi di partecipare allo studio e che posso ritirare il mio consenso in qualsiasi momento della durata dello studio.
- Che la mia adesione allo studio è completamente volontaria
- Di essere stato/a informato/a ed acconsento che i miei dati vengano messi a disposizione non solo dei responsabili dello studio e dei loro delegati, ma anche delle Autorità Sanitarie nazionali ed internazionali, del Comitato Etico, qualora venissero richiesti; e sono stato/a altresì informato/a che i miei dati potranno essere oggetto di comunicazione a congressi scientifici nazionali ed internazionali o di pubblicazione per motivi scientifici su riviste mediche nazionali ed internazionali, ma che in ogni caso la mia identità sarà protetta da riservatezza (i dati cioè saranno utilizzati sempre in forma ANONIMA e AGGREGATA).
- Sono stato/a inoltre informato/a del mio diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla sperimentazione ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico
- Di Acconsentire ☐ Non acconsentire ☐ a che sia informato il mio MMG
- Che mi è stata data una copia di questo consenso da trattenere.

Sottoscrivendo tale modulo acconsento a partecipare al su indicato studio.

Nome e Cognome del Paziente

Data

Firma del Paziente.....

Nome e Cognome del Medico.....

Data.....

Firma del Medico.....