

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

**VALUTAZIONE DEL TEST ASPERGILLUS spp. ELITeMGB PER LA RILEVAZIONE DI DNA
ASPERGILLARE IN CAMPIONI DI PAZIENTI CON SOSPETTA ASPERGILLOSI INVASIVA:
CONFRONTO CON I SAGGI DI RIFERIMENTO
(ESAME CULTURALE E RICERCA DI GALATTOMANNANO)**

ESPRESSIONE DI CONSENSO INFORMATO PER PAZIENTE COSCIENTE IN GRADO DI DARE
PERSONALMENTE IL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____ dichiaro di aver ricevuto dal dottor
_____ in data ____/____/____ spiegazioni 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 ____/____/____

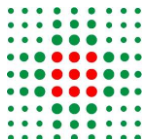
A seguito di quanto appreso, dichiaro:

- Di essere stato/a informato/a sugli scopi, le procedure, la durata di questo studio, sui possibili vantaggi e inconvenienti e accetto di partecipare a questo studio
- 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 del mio diritto di ritirarmi in qualsiasi momento dalla ricerca stessa.
- 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 e 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 e 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
- Che mi è stata data una copia di questo consenso da trattenere.

Pertanto, alla luce delle informazioni che mi sono state fornite:

Io sottoscritto/a _____

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTO	A partecipare allo studio
--------------------------	------------	--------------------------	----------------	---------------------------



<input type="checkbox"/>	ACCONSENTO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTO	Alla conservazione e all'utilizzo del ceppo fungino per altre finalità di ricerca
<input type="checkbox"/>	ACCONSENTO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTO	Al trattamento dei miei dati personali
<input type="checkbox"/>	ACCONSENTO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTO	A informare il mio MMG

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 _____