

## Modulo di Consenso

### **Studio multicentrico europeo sui risultati a lungo termine degli interventi di rivascolarizzazione delle arterie viscerali: lo studio E-VisAR**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In qualità di Tutore Legale del/la paziente \_\_\_\_\_

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 è stata consegnata in data \_\_\_\_\_

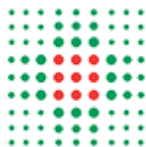
#### **A seguito di quanto appreso, dichiaro:**

- Di essere stato/a informato/a sugli scopi, le procedure, la durata di questo studio, sui possibili vantaggi ed inconvenienti e accetto che il/la mio/a assistito/a partecipi a questo studio promosso dalla Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare, Ospedale Civile di Baggiovara (Modena), Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
- 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 che il/la mio/a assistito/a partecipi allo studio e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento della durata dello studio.
- Che l'adesione allo studio è completamente volontaria
- Di essere stato/a informato/a ed acconsento a che i dati dell/la mio/a assistito/a 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 dati dell/la mio/a assistito/a 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 diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla sperimentazione ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico AVEN
- Che è stata data una copia di questo consenso da trattenere

Sottoscrivendo tale modulo

acconsento ☐ non acconsento ☐

che il/la mio/a assistito/a partecipi al su indicato studio.



Inoltre, acconsento ☐ non acconsento ☐ ad informare il MMG dell/la mio/a assistito/a della partecipazione al su indicato studio.

Nome e Cognome del Paziente \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del Tutore Legale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del Tutore Legale** \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del Medico che ha informato il paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del Medico** \_\_\_\_\_