

**SCHEDA INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI ASSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DEL BAMBINO/DELLA BAMBINA ALLO STUDIO DAL TITOLO: *L'ictus cerebrale in età pediatrica: casistica del Dipartimento integrato Materno-Infantile- Azienda Ospedaliero- Universitaria Policlinico di Modena.***

**Perché i medici fanno gli studi di ricerca?**



Gli studi servono per permettere ai medici di conoscere meglio le malattie e come curarle. In questo modo si potranno aiutare sempre più persone a stare bene e a guarire.

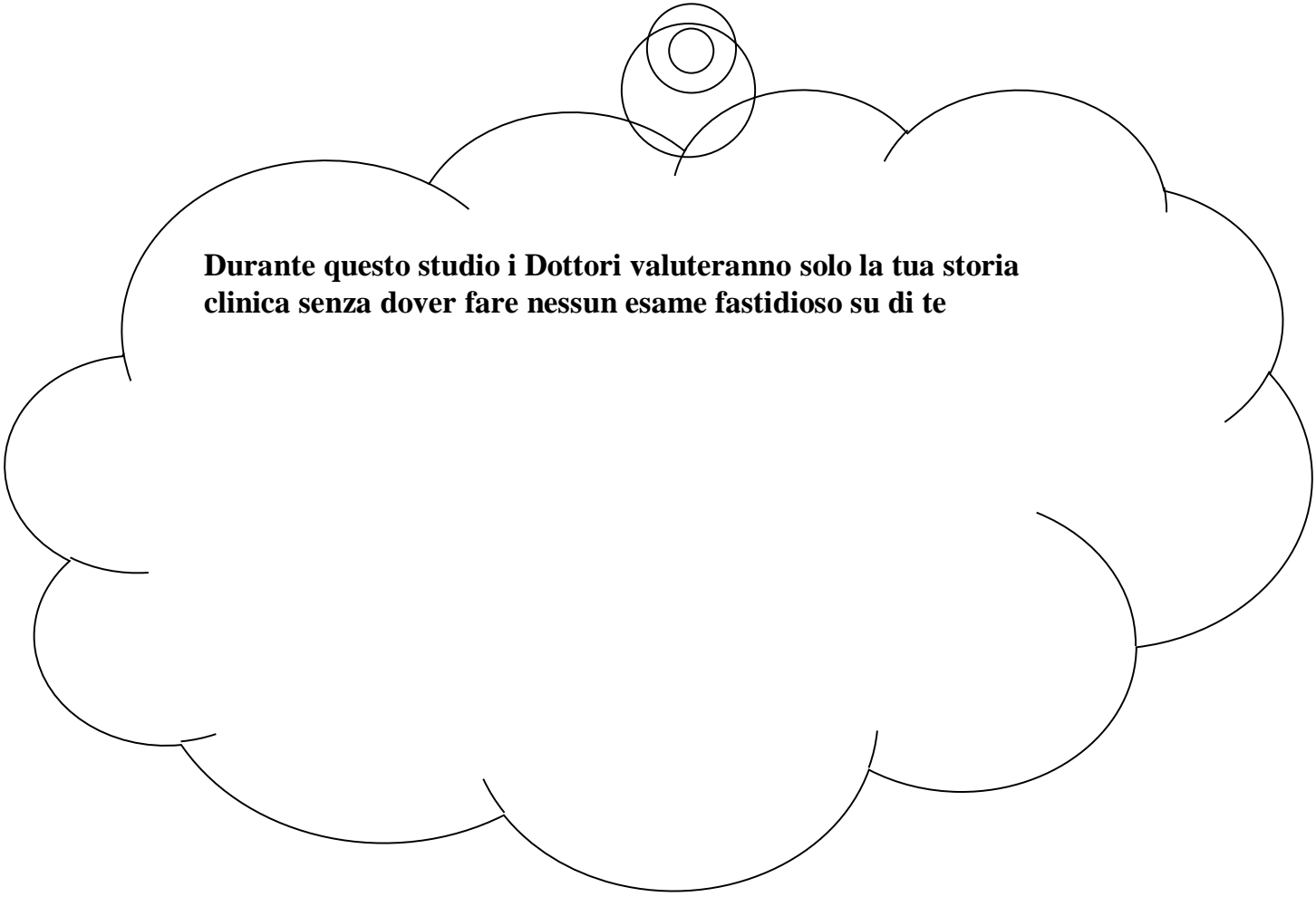
**Perché i medici di questo reparto stanno facendo questo studio?**

I medici di questo reparto ti chiedono di partecipare a questo studio perché insieme alla tua famiglia pensano così di conoscere meglio la tua patologia e poter curare meglio in futuro i bambini che ne soffriranno



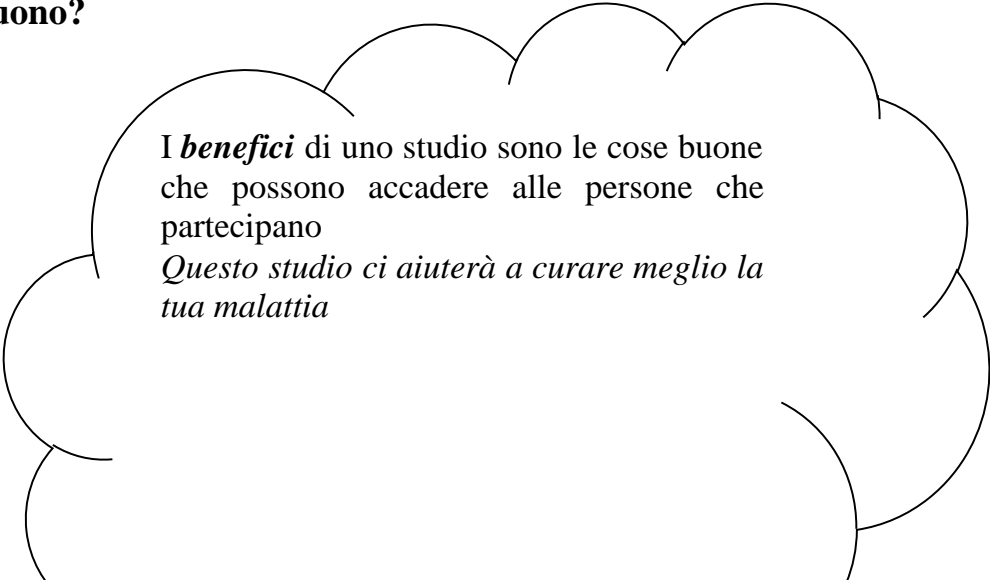
## Cosa accadrà durante questo studio?

Questo studio ci aiuterà a conoscere meglio la tua malattia e ci consentirà di avere informazioni per poterti curare al meglio senza farti ulteriori esami o indagini.



**Durante questo studio i Dottori valuteranno solo la tua storia clinica senza dover fare nessun esame fastidioso su di te**

## Cosa può accadere di buono?



**I *benefici*** di uno studio sono le cose buone che possono accadere alle persone che partecipano

*Questo studio ci aiuterà a curare meglio la tua malattia*



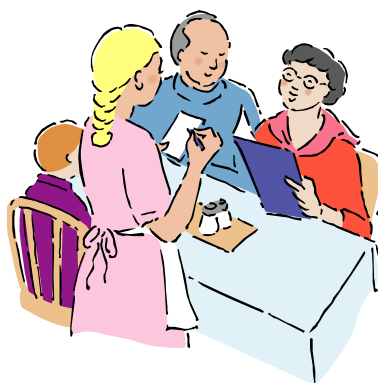
**Che problemi o che fastidi potresti avere?**



*Partecipando a questo studio non sarà necessario farti nessun esame fastidioso, ma studieremo solo gli esami che ti sono stati fatti in precedenza*



Se vuoi, puoi chiedere al tuo medico dell'ospedale di spiegarti meglio tutto quello che non hai capito bene.



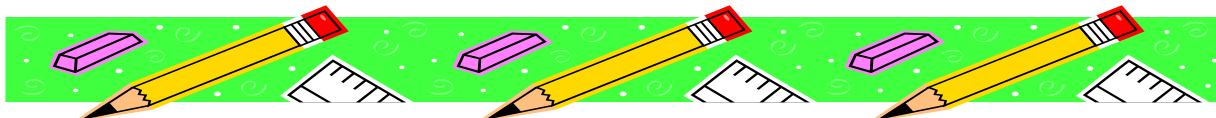


Insieme ai tuoi genitori puoi decidere se partecipare a questo studio oppure no. Se deciderai di partecipare ma in futuro cambierai idea potrai decidere di abbandonare lo studio in qualsiasi momento.

Avrai comunque sempre tutte le cure necessarie, sia che partecipi sia che non partecipi allo studio.

Se decidete di partecipare, devi scrivere qui sotto il tuo nome.

Poi, il tuo dottore dell'ospedale metterà anche il suo nome.



\_\_\_\_\_  
Data/ora

\_\_\_\_\_  
Scrivi il tuo nome in stampatello qui se desideri partecipare allo studio

\_\_\_\_\_  
Data/ora

\_\_\_\_\_  
Firma di chi ha condotto la discussione

Note: 1 copia per il partecipante, 1 copia per il/la responsabile dello studio e 1 copia da tenere nella cartella clinica (se pertinente)