

Modulo di Consenso

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER LA PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO

Versione 1 del 1/3/21

Titolo dello studio: Studio retrospettivo osservazionale multicentrico sulla correlazione tra aspetti istopatologici, clinici e risposta alla terapia in pazienti con amiloidosi AL renale

Codice Protocollo, versione e data: Versione 1 del 11/05/2020

Promotore dello studio: Marco Allinovi

Sperimentatore Principale: *Marco Allinovi – Nefrologia, dialisi e Trapianto, AOU Careggi, Firenze*

Centro partecipante: S.C. di Nefrologia e Dialisi, AOU di Modena

Sperimentatore principale centro partecipante: dr. Francesco Fontana, S.C. di Nefrologia e Dialisi, AOU di Modena

Io sottoscritto/a _____ nato/a il ___/___/_____
residente a _____ via/piazza _____
Tel. _____ domicilio (se diverso dalla residenza) _____

DICHIARO

- di aver ricevuto dal Dottor _____ esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione alla ricerca in oggetto, secondo quanto riportato nella scheda informativa, facente parte di questo consenso, della quale mi è stata consegnata una copia in data _____ alle ore _____ (*indicare data e ora della consegna*);
- di aver letto l'informativa per il paziente relativa a questo studio, di essere consapevole che tale partecipazione è completamente volontaria e di acconsentire a osservare le indicazioni del medico dello studio;
- che mi sono stati chiaramente spiegati e di aver compreso la natura, le finalità, le procedure, i benefici attesi, i rischi e gli inconvenienti possibili e le alternative dello studio clinico;
- di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- di aver avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno;
- di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del Consenso;
- che mi è stato chiaramente spiegato di poter decidere liberamente di non prendere parte allo studio o di uscirne in qualsiasi momento senza fornire giustificazione e senza penali, e che tali decisioni non modificheranno in alcun modo i rapporti con i medici curanti e con la struttura presso la quale sono in cura;
-
- di essere consapevole che ho il diritto di chiedere una copia datata e firmata del presente modulo di consenso informato.

DICHIARO pertanto di

volere

NON volere

NOTA BENE

Una copia del presente modulo, firmato e datato, allegato alle “Informazioni scritte per il Paziente” dovrà essere consegnata al Paziente stesso