

## Divisione di Oncologia

Dipartimento Ospedaliero di Oncologia ed Ematologia

Dipartimento Universitario di Scienze Medico Chirurgiche Materno Infantili e dell'Adulto

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO DI MODENA

UNIVERSITA' DI MODENA E REGGIO EMILIA

Direttore: Prof. Massimo Dominici

## Modulo di Consenso

### **BIOMARKERS DI OUTCOME CLINICO IN PAZIENTI CON CARCINOMA A CELLULE RENALI METASTATICO NELL'ERA DELLE TERAPIE DI COMBINAZIONE: COMBI-TRIAL**

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

Nata/o 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 stata/o informata/o sugli scopi, le procedure, la durata di questo studio, sui possibili vantaggi ed inconvenienti e accetto di partecipare a questo studio promosso dall'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 libera/o 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 stata/o informata/o 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 dell'Area Vasta Emilia Nord, qualora venissero richiesti; e sono stata/o altresì informata/o 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 stata/o inoltre informata/o del mio diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla sperimentazione ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Nord
- 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**.....