

**SCHEDA INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI ASSENSO ALLA  
PARTECIPAZIONE DEL BAMBINO/DELLA BAMBINA ALLO STUDIO DAL  
TITOLO:**

*RETROSPETTIVO DESCRITTIVO DELLE CARATTERISTICHE CLINICHE ED EPIDEMIOLOGICHE DEI PAZIENTI AFFETTI DA  
IDROSADENITE SUPPURATIVA.*

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



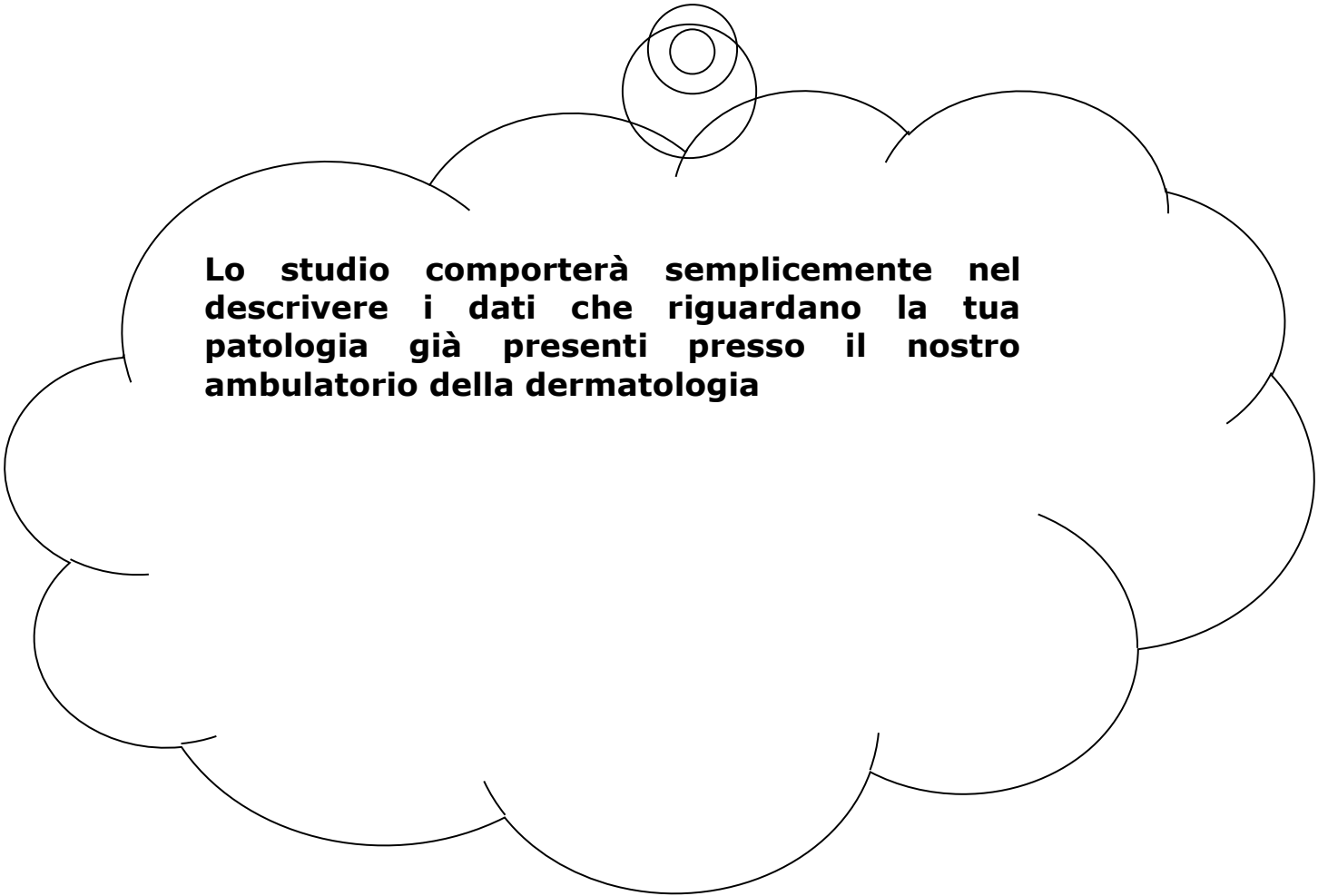
Gli studi servono per permettere ai medici di conoscere meglio le malattie e come curarle. In questo modo si potranno aiutare sempre più persone a stare bene e a guarire.

**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 capire meglio il tuo problema .

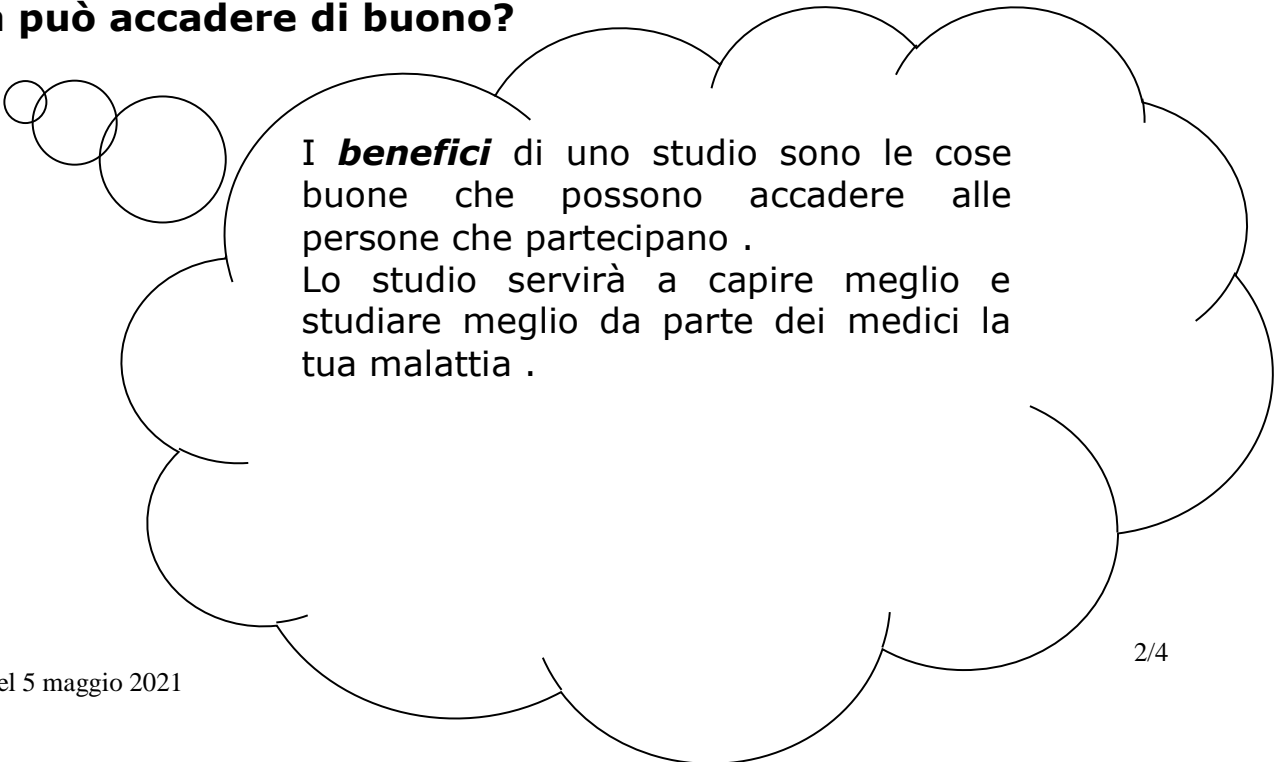


## Cosa accadrà durante questo studio?



Lo studio comporterà semplicemente nel descrivere i dati che riguardano la tua patologia già presenti presso il nostro ambulatorio della dermatologia

## Cosa può accadere di buono?



I **benefici** di uno studio sono le cose buone che possono accadere alle persone che partecipano .  
Lo studio servirà a capire meglio e studiare meglio da parte dei medici la tua malattia .

## Che problemi o che fastidi potresti avere?



*Non subirai nessun disturbo , il medico dovrà solo studiare le informazioni raccolte in precedenza che riguardano la tua malattia*

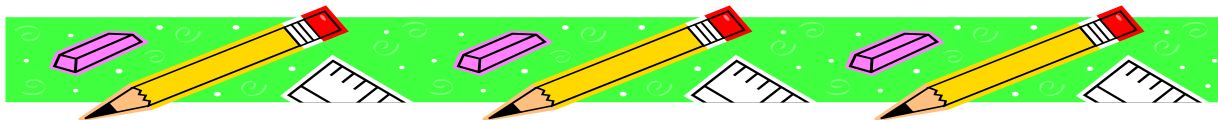


Se vuoi, puoi chiedere al tuo medico dell'ospedale di spiegarti meglio tutto quello che non hai capito bene.

**Insieme ai tuoi genitori puoi decidere se partecipare a questo studio oppure non partecipare. Se deciderai di partecipare ma in futuro cambierai idea, potrai 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.**



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

\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

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

Preso visione e conferma dell'autorizzazione a partecipare allo studio da parte dei genitori/rappresentante legale

**Nome e cognome**

\_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

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