



Ospedale Civile di Baggiovara

Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa

Il Direttore

1

Segreteria Ambulatori

tel. 059./396. 2452

Segreteria Reparto

tel. 059./396. 1933

Staff

Direttore

- Dr. Ssa Giovanna Fabbri

Dirigenti Medici

- Dr. Stefano Righi
- Dr.ssa Monica Corona
- Dr.ssa Daniela Faragolo
- Dr.ssa Carmen Gambarelli
- Dr. Donati Danilo
- Dr.ssa Maria Longhi

Coodinatori fisioterapisti

tel 059/3962567

Capo Sala

- Francesca Bonacini
tel 059/3962569

Modulo di Consenso

Gravi Cerebrolesioni Acquisite: fattori prognostici e qualità della cura

Io sottoscritto/a _____ 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 mi 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 di partecipare a questo studio promosso
dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

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 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 stato/a informato/a 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, qualora venissero richiesti; e
sono stato/a altresì informato/a 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 stato/a inoltre informato/a del mio diritto ad avere libero accesso alla
documentazione relativa alla sperimentazione ed alla valutazione espressa dal Comitato
Etico

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.....

1