



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

Ospedale Policlinico di Modena
Struttura Complessa di Chirurgia Pediatrica

Il Direttore

Modulo di Consenso

Il ruolo della nefroscopia percutanea (PCNL) come approccio primario per il trattamento dei calcoli renali nella popolazione pediatrica in un paese ad alto reddito. Report dei primi dieci anni.

Io _____ sottoscritto _____ e _____
sottoscritto _____ rispettivamente madre e padre di
_____ Nato/a a _____ il _____ dichiariamo 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 ci è stata consegnata in data _____

A seguito di quanto appreso, dichiariamo:

- Di essere stati informati sugli scopi, le procedure, la durata di questo studio, sui possibili vantaggi ed inconvenienti e accettiamo di far partecipare nostro/a figlio/a a questo studio promosso dalla Struttura Complessa di Chirurgia Pediatrica dell'AOU di Modena.
- Che ci 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 abbiamo ritenuto necessarie e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti.
- Di essere al corrente che siamo liberi di rifiutarci di far partecipare nostro/a figlio/a allo studio e che possiamo ritirare il nostro consenso in qualsiasi momento della durata dello studio.
- Che la nostra adesione allo studio è completamente volontaria
- Di essere stati informati ed acconsentiamo a che i dati di nostro/a figlio/a 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 siamo stati altresì informati che i dati di nostro/a figlio/a 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 sua identità sarà protetta da riservatezza (i dati cioè saranno utilizzati sempre in forma ANONIMA e AGGREGATA). Infatti, verranno raccolti in un database pseudo-anonimizzato, dove solo i ricercatori potranno risalire all'identità del paziente grazie a un codice univoco attribuito a ciascun partecipante.

- Siamo stati inoltre informati del nostro diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla sperimentazione ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico AVEN
- Che ci è stata data una copia di questo consenso da trattenere

Sottoscrivendo tale modulo acconsentiamo ☐ non acconsentiamo ☐ a far partecipare nostro/a figlio/a al su indicato studio.

Nome e Cognome del Paziente_____

Nome e Cognome del Padre _____

Data _____

Firma del Padre_____

Nome e Cognome della Madre _____

Data _____

Firma della Madre_____

Nome e Cognome del Medico che ha informato i genitori_____

Data _____

Firma del Medico_____

Versione 2 del 05/01/2023