



**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/a _____ tutore di _____ 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 ci è stata consegnata in data _____

A seguito di quanto appreso, dichiariamo:

- Di essere stato informato sugli scopi, le procedure, la durata di questo studio, sui possibili vantaggi ed inconvenienti e accetto di far partecipare il mio/a tutelato/a a questo studio promosso dalla Struttura Complessa di Chirurgia Pediatrica dell'AOU 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 libero di rifiutarmi di far partecipare il mio/a tutelato/a allo studio e che posso ritirare il nostro consenso in qualsiasi momento della durata dello studio.
- Che la mia adesione allo studio è completamente volontaria
- Di essere stato informato ed acconsento che i dati del mio tutelato/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 sono stato altresì informato che i dati del mio tutelato/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.
- Sono stato inoltre informato del mio diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla sperimentazione ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico AVEN

➤ Che mi è stata data una copia di questo consenso da trattenere

Sottoscrivendo tale modulo acconsento ☐ non acconsento ☐ a far
partecipare il mio tutelato/a al su indicato studio.

Nome e Cognome del Paziente _____

Nome e Cognome del Tutore _____

Data _____

Firma del Tutore _____

Nome e Cognome del Medico che ha informato i genitori _____

Data _____

Firma del Medico _____

Versione 1 del 05/01/2023