

Policlinico

Dipartimento Integrato Materno Infantile
Struttura complessa di Neonatologia

Il Direttore

Prof. Alberto Berardi

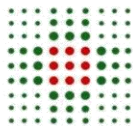
Modulo di Consenso

**“EMORRAGIE INTRAVENTRICOLARI SEVERE NEL NEONATO PRETERMINE DI PESO MOLTO BASSO:
REVISIONE DELLA CASISTICA DELL’UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DEL POLICLINICO
DI MODENA DALL’ANNO 2010 AL 2020”**

Io sottoscritto _____ e lo
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 Neonatologia Policlinico di Modena – Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico 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
-



Policlinico

Dipartimento Integrato Materno Infantile
Struttura complessa di Neonatologia

Il Direttore

Prof. Alberto Berardi

- ogni caso la sua identità sarà protetta da riservatezza (i dati cioè saranno utilizzati sempre in forma ANONIMA e AGGREGATA).
- 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.

Inoltre, acconsentiamo ☐ non acconsentiamo ☐ ad informare il nostro PLS della partecipazione di 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 _____

Ove applicabile

Io, sottoscritto, _____ confermo che il Medico ha spiegato completamente il Foglio Informativo al genitore sopra indicato che ne ha compreso il contenuto e testimonio che, nella piena capacità di intendere e volere, _____ ha acconsentito ☐ non acconsentito ☐ verbalmente a far partecipare suo/a figlio/a al su indicato studio.

Nome e Cognome del testimone imparziale _____

Data _____

Firma del testimone imparziale _____