

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

Età 7-11 anni

TITOLO:

Stima dell'incidenza del pemfigoide bolloso nella popolazione italiana

Perché i medici fanno gli studi di ricerca?



Gli studi servono per permettere ai medici di conoscere meglio le malattie e come curarle.

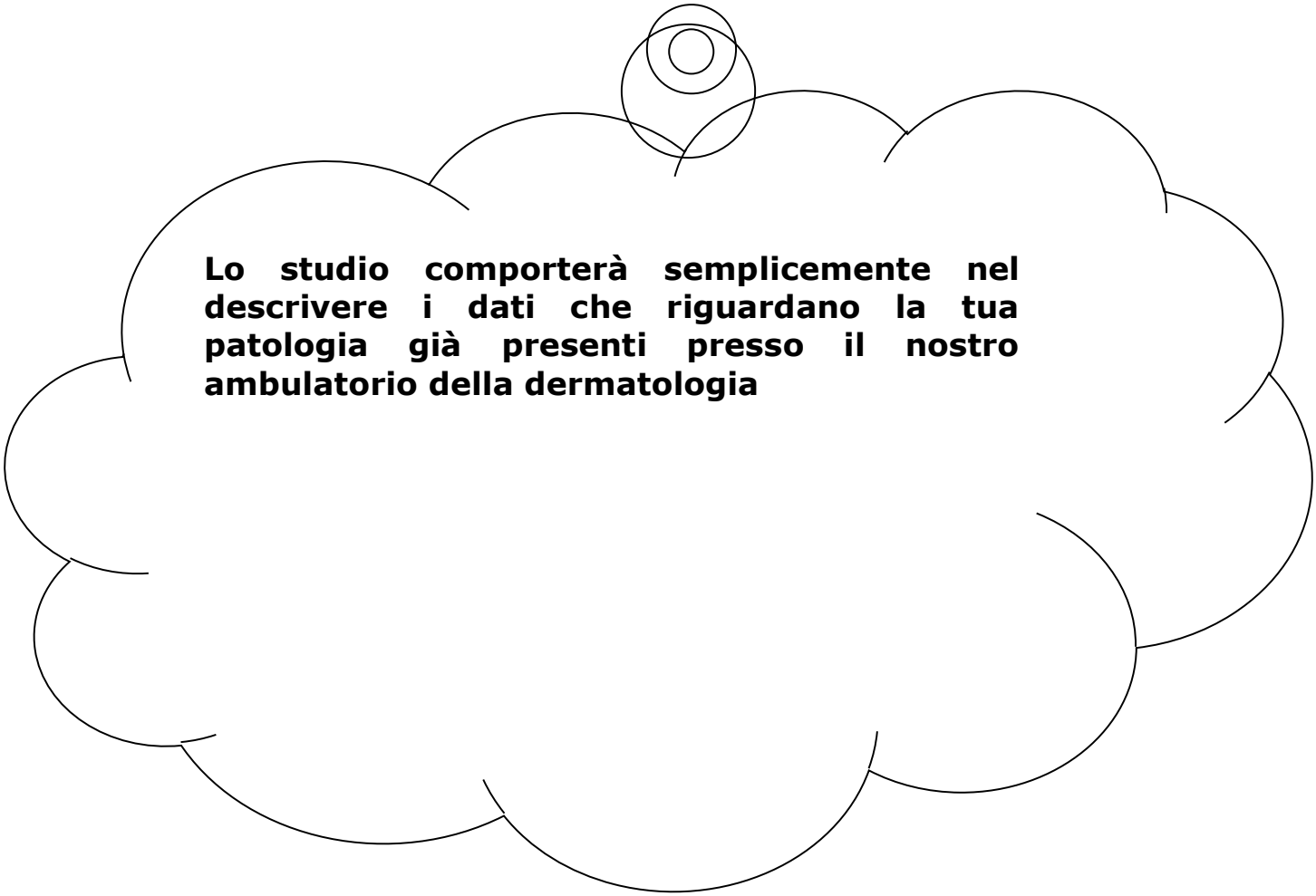
In questo modo si potranno aiutare sempre più persone a stare bene e a guarire.

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 .

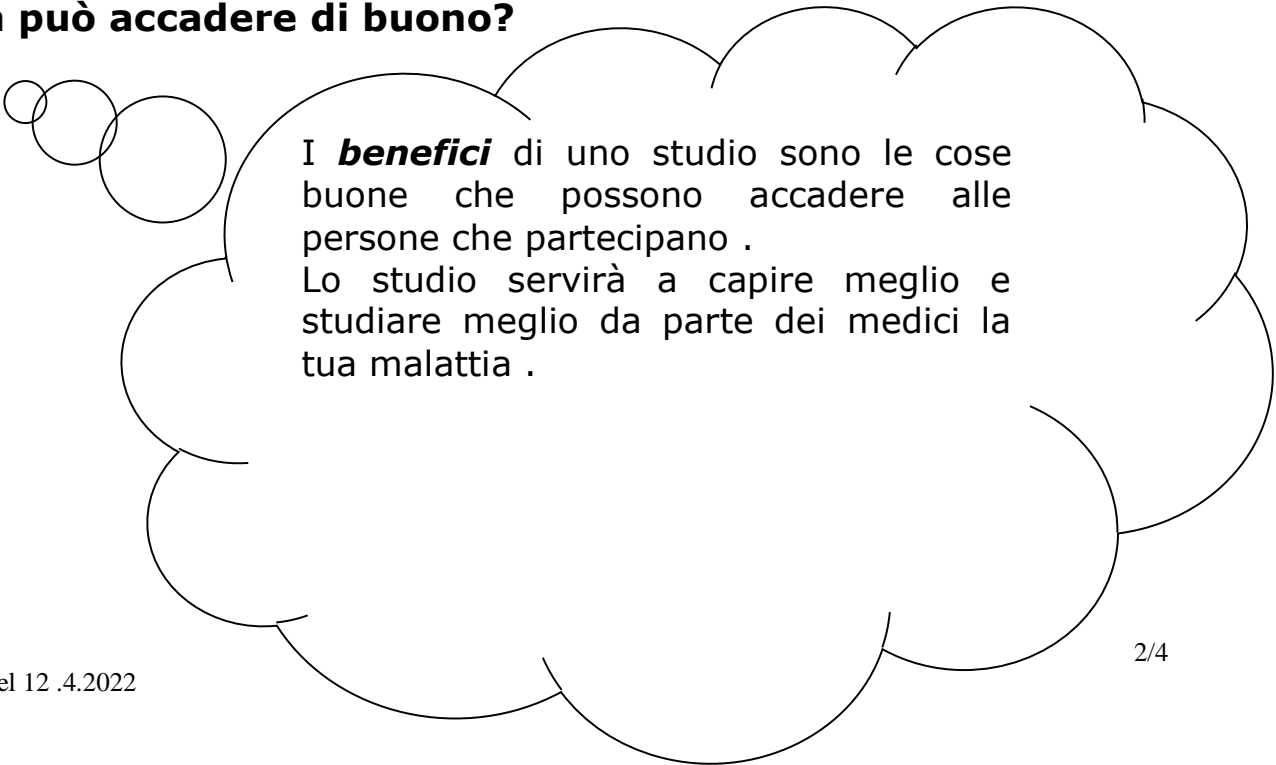


Cosa accadrà durante questo studio?



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

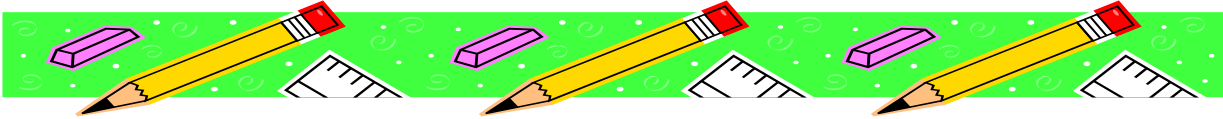


Se vuoi, puoi chiedere al tuo medico dell'ospedale di spiegarti meglio tutto quello che non hai capito bene.

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)*