
Foglio Informativo per il paziente

Studio Principale

Titolo dello studio: Dalla ricerca traslazionale al disegno di studi clinici sperimentali nel carcinoma rinofaringeo in setting non endemico: una mappa per migliorare la prognosi dei pazienti.

Codice Protocollo dello studio: ONC/OSS-12/2024

Promotore dello studio: IRCCS Istituto Clinico Humanitas

Sperimentatore Principale: Prof. Paolo Bossi

Centro Partecipante: AOU Policlinico di Modena

Sperimentatore Principale: Martina Napolitano

Gentile signore/a

Lei è invitato/a a partecipare a uno studio di ricerca osservazionale. Per aiutarLa a decidere, è necessario che comprenda in che cosa consiste lo studio e cosa comporterà per Lei. Questo procedimento è chiamato “consenso informato”. Si prenda tutto il tempo necessario per leggere attentamente le seguenti informazioni e per condividerle e parlarne con altri. Si rivolga al Suo medico se alcuni aspetti non Le sono chiari o se desidera maggiori informazioni.

Se deciderà di partecipare, Le verrà chiesto di firmare il modulo di consenso allegato. Le verrà consegnata una copia firmata e datata del modulo di consenso informato da conservare, mentre l'originale rimarrà presso l'Istituto Clinico nel quale è in corso lo studio.

Qual è l'origine e lo scopo dello studio?

Questo è uno studio osservazionale retrospettivo. Ciò significa che il Suo medico o un membro del personale dello studio esaminerà le Sue cartelle cliniche e i Suoi dati precedentemente raccolti al fine di estrapolare tutte le informazioni necessarie alla ricerca in oggetto. Non saranno registrate nuove informazioni.

Perché è stato invitato/a?

Lei è stato invitato/a a partecipare perché Le è stato diagnosticato un carcinoma rinofaringeo.

È obbligato a partecipare allo studio?

La Sua partecipazione a questo studio è volontaria. Se sceglie di non partecipare, continuerà semplicemente a ricevere le Sue cure di routine dal Suo medico senza prendere parte allo studio.

Quante persone parteciperanno a questo studio?

Si stima che circa 200 pazienti saranno arruolati in questo studio presso circa 50 centri italiani.

Che cosa accadrà se prende parte a questo studio?

Non Le sarà chiesto di fare qualcosa di specifico per questo studio. Le viene chiesto di autorizzare il personale dello studio a raccogliere alcune informazioni dalle Sue cartelle cliniche. Tali informazioni includono:

- *Dati demografici: come per esempio età all'inizio del trattamento di prima linea, sesso, altezza, peso ed etnia*
- *Informazioni generali e anamnesi medica: stadio della malattia, tipo di mutazioni alla diagnosi iniziale e alla seconda linea di trattamento, dati relativi alle linee di trattamento (quali la data di inizio, gli aggiustamenti della dose, la data di fine)*

Quali sono i costi di partecipazione?

Non sono previsti, per Lei, costi specifici per la partecipazione a questo studio.

Periodo retrospettivo Osservato: Durante lo studio, le Sue informazioni personali raccolte, incluse le Sue cartelle cliniche, potrebbero essere visionate, dai responsabili del monitoraggio dello studio e dai revisori, dalle autorità sanitarie governative o regolatorie o dal Comitato etico indipendente”

Quali sono i possibili rischi associati alla partecipazione a questo studio?

Poiché si tratta di uno studio non interventistico retrospettivo, il modo in cui il Suo trattamento viene gestito dal Suo medico non cambierà. Non sussistono rischi fisici associati alla partecipazione a questo studio.

Esiste un rischio minimo di perdita della riservatezza delle Sue informazioni personali; tuttavia, sono state adottate alcune misure per aiutare a garantire che ciò non accada. Maggiori dettagli sulla protezione delle Sue informazioni sono disponibili più avanti nel presente modulo.

Quali sono i possibili benefici associati alla partecipazione a questo studio?

Lo studio non avrà dei benefici diretti nei suoi confronti ma le informazioni acquisite potranno essere utili per la ricerca scientifica nell'ambito della patologia da cui lei è affetto e quindi potrebbero essere di beneficio per altre persone.

Che cosa succede se decide di non voler proseguire lo studio?

Lei può interrompere la partecipazione allo studio in qualsiasi momento, senza fornire alcuna motivazione, informandone il Suo medico. Tale interruzione non avrà ripercussioni né sulle Sue future cure né sul Suo rapporto con il Suo medico.

Il Suo medico La informerà se lo studio viene interrotto per qualsiasi motivo e le Sue abituali cure

non subiranno alcuna ripercussione.

La Sua partecipazione a questo studio sarà mantenuta riservata? E come saranno trattate le Sue informazioni personali?

Il medico e il personale della ricerca raccoglieranno, registreranno e utilizzeranno le informazioni personali che La riguardano per le finalità dello studio.

La Sua privacy e le Sue informazioni personali saranno protette usando misure conformi ai requisiti del Suo Paese per la protezione delle informazioni personali. Qualsiasi informazione che La riguarda raccolta e usata durante lo studio rimarrà riservata.

Durante lo studio, le Sue informazioni personali raccolte, incluse le Sue cartelle cliniche, potrebbero essere divulgate al Promotore, ai suoi rappresentanti che collaborano allo studio di ricerca, ai responsabili del monitoraggio dello studio e ai revisori, alle autorità sanitarie governative o regolatorie o al Comitato etico indipendente. Le Sue cartelle cliniche saranno esaminate solamente presso l'ospedale (o presso l'ambulatorio del Suo medico) al fine di controllare le informazioni e verificare le procedure dello studio, senza violare la Sua riservatezza.

Tutte le informazioni raccolte su di Lei in cartelle che vengono inviate fuori dall'ambulatorio del Suo medico a scopo di attività mediche, statistiche o regolatorie associate alla ricerca dello studio saranno identificate con il Suo numero di paziente nello studio. Il Suo nome completo o eventuali dettagli del Suo indirizzo e il numero telefonico non saranno inclusi in queste cartelle. Le informazioni personali emerse da questo studio possono essere conservate per 7 anni successivamente alla redazione del rapporto finale dello studio.

Per avere maggiori informazioni circa il trattamento dei Suoi dati personali e sanitari, La preghiamo di consultare l'informativa sulla protezione dei dati allegata al presente modulo informativo e di consenso.

Cosa succederà ai risultati di questo studio?

I risultati complessivi dello studio saranno pubblicati, tuttavia le informazioni personali che potrebbero identificarLa non saranno utilizzate o rese disponibili.

Chi ha esaminato lo studio? Questo studio è stato esaminato e ha ottenuto parere favorevole da parte del Comitato Etico Area Vasta Emilia Nord di Comitato Etico Indipendente dell'Istituto Clinico Humanitas.

A chi deve rivolgersi per ottenere maggiori informazioni?

In caso di domande relative alla partecipazione allo studio, le sarà possibile contattare:

Dr:

Telefono:

Indirizzo

La ringraziamo per aver letto il presente documento e aver preso in considerazione la possibilità di partecipare a questo studio.

Modulo di consenso

Titolo dello studio: Dalla ricerca traslazionale al disegno di studi clinici sperimentali nel carcinoma rinofaringeo in setting non endemico: una mappa per migliorare la prognosi dei pazienti.

Codice Protocollo dello studio: ONC/OSS-12/2024

Promotore dello studio: IRCCS Istituto Clinico Humanitas

Sperimentatore Principale: Prof. Paolo Bossi

Centro Partecipante: AOU Policlinico di Modena

Sperimentatore Principale: Martina Napolitano

Confermo quanto segue:

- Ho letto e compreso il modulo informativo del paziente relativo allo studio di cui sopra e ho avuto tempo sufficiente per riflettere sulla possibilità di partecipare.
- Sono soddisfatto delle risposte fornite a tutte le mie domande.
- Acconsento volontariamente a partecipare a questo studio di ricerca e autorizzo il medico dello studio a raccogliere le informazioni esistenti su di me dalle mie cartelle cliniche.
- Sono consapevole di essere libero di ritirarmi da questo studio in qualsiasi momento senza doverne fornire il motivo e senza che questo influisca sulle mie cure mediche o sui miei diritti.
- In caso di ritiro:
 - Acconsento
 - Non acconsentoa che il medico dello studio resti in contatto con me per verificare come procede la mia malattia
- Sono stato informato/a del fatto che riceverò una copia di questo modulo informativo e di consenso firmato da conservare.
- Accetto che le mie informazioni personali, tra cui l'etnia, vengano raccolte e utilizzate nell'ambito di questo studio e siano:
 - identificate esclusivamente attraverso il mio numero di identificazione (ID) del paziente;
 - esaminate, trattate e divulgate Promotore e ai suoi rappresentanti autorizzati e ai responsabili del monitoraggio dello studio ai fini descritti nel protocollo dello studio;
 - Acconsento Non acconsento a prendere parte allo studio clinico
 - esaminate o verificate da organizzazioni debitamente autorizzate;
 - pubblicate e trasmesse ad autorità regolatorie

Firmando il presente documento, accetto di partecipare a questo studio secondo quanto illustrato nel modulo informativo del paziente e nel presente modulo di consenso informato. Si assicuri di ricevere una copia di questo modulo, firmato e datato, sia da Lei (o dal Suo rappresentante) sia dallo sperimentatore (o suo delegato).

Il presente modulo di consenso non ha alcuna data di scadenza.

Nome e cognome del soggetto (oppure nome e cognome del rappresentante legale del soggetto)

Firma del soggetto (oppure firma del rappresentante legale del soggetto)

Data

Sperimentatore:

- ✓ Ho interamente e accuratamente illustrato lo studio alla persona sopra indicata e confermo che, al meglio delle mie conoscenze, tale persona ha compreso chiaramente la natura di questo studio.
- ✓ Confermo di aver dato alla persona tutte le opportunità di rivolgere domande sullo studio e di aver risposto a tutte le domande in modo corretto e al meglio delle mie capacità.
- ✓ Confermo che detta persona non è stata costretta ad acconsentire e che il consenso è stato fornito in maniera libera e volontaria.
- ✓ Confermo che fornirò una copia del modulo informativo e del modulo di consenso firmato al paziente.

Nome e cognome dello sperimentatore che ottiene il consenso informato

Firma dello sperimentatore che ottiene il consenso informato

Data

Per le persone che non sono in grado di leggere il documento informativo e/o non sono in grado di acconsentire per iscritto, ma possono acconsentire verbalmente, deve essere presente una terza parte indipendente dal medico dello studio e dallo Promotore dello studio durante il colloquio che dovrà completare il riquadro sottostante nel momento in cui il partecipante allo studio fornisce il suo consenso.

Da completare a cura della terza parte, testimone del colloquio

Confermo quanto segue:

- Ho assistito alla procedura di consenso e certifico che il partecipante allo studio (COGNOME E NOME) ha ricevuto tutte le spiegazioni e informazioni contenute nel documento informativo dello studio e consenso informato, ha ottenuto delle risposte alle domande che ha posto, ha accettato i termini di questo modulo di consenso e, dopo aver avuto tempo sufficiente per pensarci, ha liberamente concesso il Suo consenso verbale alla partecipazione allo studio.

Nome e cognome in stampatello del
testimone*

Firma:

Data

* Se un soggetto non è in grado di leggere, un testimone imparziale (che sia indipendente dallo studio e che non possa essere influenzato in alcun modo da persone coinvolte nello studio) deve essere presente durante l'intera discussione sul consenso informato. Dopo la lettura e la spiegazione del modulo di consenso informato e di eventuali altre informazioni scritte fornite ai soggetti, e dopo che il soggetto abbia acconsentito verbalmente alla partecipazione allo studio e abbia firmato e personalmente datato il modulo per il consenso scritto, il testimone deve a sua volta firmare e datare personalmente il modulo. Firmando il modulo di consenso, il testimone attesta che le informazioni riportate nel modulo e tutte le altre informazioni scritte sono state accuratamente spiegate e comprese dal soggetto e che il soggetto ha fornito liberamente il proprio consenso informato.