

CHIRURGIA ONCOLOGICA EPATO-BILIO-PANCREATICA E TRAPIANTI DI FEGATO



UNIMORE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

Direttore Prof. Fabrizio Di Benedetto

Modulo di Consenso

Direttore

Prof. Fabrizio Di Benedetto
Professore Ordinario di
Chirurgia Generale
fabrizio.dibenedetto@unimore.it
Tel. Studio 059.422 4238
Segreteria 059.422 3665
Fax 059.422 3765

Dirigenti Medici

Dott. Giacomo Assirati
assirati.giacomo@aou.mo.it
Tel. Studio 059-4225265

Dott. Roberto Ballarin
ballarin.roberto@aou.mo.it
Tel. Studio 059.422 5806

Dott. Barbara Catellani
Tel. Studio 059-4225265
catellani.barbara@aou.mo.it

Prof. Stefano Di Sandro
stefano.disandro@unimore.it
Tel. 059-422 5265

Prof. Gian Piero Guerrini
guerrini.gianpiero@aou.mo.it
Tel. Studio 059-422 5336

Dott. Cristiano Guidetti
Tel. Studio 059-4225265
cristiano.guidetti@unimore.it

Dott. Paolo Magistri
paolo.magistri@unimore.it
Tel. Studio 059-422 5178

Dott.ssa Tiziana Olivieri
Tel. Studio 059-4225265
olivieri.tiziana@aou.mo.it

Dott.ssa Valentina Serra
serra.valentina@aou.mo.it
Tel. Studio 059-422 5581

Medici in formazione specialistica

Dott.ssa Roberta Odorizzi
Dott.ssa Daniela Caracciolo
Dott.ssa Silvia Zamboni
Dott.ssa Beatrice Pelloni
Dott. Jacopo Mascherini

Coordinatore

Tel. 059.422 4740
Fax 059.422.3667

Reparto

Tel. 059.422 3666
Tel. 059.422 2835

Ambulatorio Divisionale

Tel. 059.422 3663

Segreteria

Tel. 059.422 3665

E-mail

centrotrapianti.info@policlinico.mo.it
trapiantifegato@policlinico.mo.it

"Creazione di un prototipo di modello di intelligenza artificiale per la diagnosi e la valutazione della risposta ai trattamenti locoregionali in pazienti affetti da epatocarcinoma applicato alle immagini digitalizzate dei preparati istologici su vetrino"

Io sottoscritto/a _____ rappresentante
legale/amministratore di sostegno di _____
Nato/a a _____ il _____ dichiaro di aver ricevuto dal
dottor _____ in data _____ spiegazioni esaurienti in merito alla richiesta di
partecipazione del/della mio/a tutelato/a allo studio in oggetto, secondo quanto riportato nella scheda
informativa qui allegata, copia della quale mi è stata consegnata in data _____

A seguito di quanto appreso, dichiaro:

- Di essere stato/a informato/a 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 dal Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (UNIMORE) - Prof. Fabrizio Di Benedetto - con afferenza presso l'Unità Operativa di Chirurgia Oncologica Epato-Bilio-Pancreatica (COEBP) e dei Trapianti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (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/a di rifiutarmi di far partecipare il mio/a tutelato/a allo studio e che posso ritirare il mio consenso in qualsiasi momento della durata dello studio.
- Che la mia adesione allo studio è completamente volontaria.
- Di essere stato/a informato/a ed acconsento a che i dati del mio/a 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/a altresì informato/a che i dati del mio/a 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 mia identità sarà protetta da riservatezza (i dati cioè saranno utilizzati sempre in forma ANONIMA e AGGREGATA).
- Sono stato/a inoltre informato/a 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/a tutelato/a al su
indicato studio.

Inoltre, acconsento ☐ non acconsento ☐ ad informare il MMG del mio/a tutelato/a della sua partecipazione
al su indicato studio.

Nome e Cognome del Paziente _____

Nome e Cognome del Rappresentante Legale _____

Data _____

Firma del Rappresentante Legale _____

Nome e Cognome del Medico che ha informato il paziente _____

Data _____

Firma del Medico _____