

## Modulo di Consenso

### “Classificazioni dell’endometriosi e correlazioni clinico-terapeutiche”

Io sottoscritta \_\_\_\_\_

nata 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

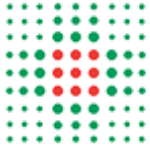
allegata, copia della quale mi è stata consegnata in data \_\_\_\_\_

#### A seguito di quanto appreso, dichiaro:

- Di essere stata informata sugli scopi, le procedure, la durata di questo studio, sui possibili vantaggi ed inconvenienti e accetto di partecipare a questo studio promosso dalla AOU-Policlinico 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 libera di rifiutarmi di partecipare 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 stata informata ed acconsento a che i miei dati 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 stata altresì informata che i miei dati 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 stata inoltre informata 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 partecipare al su indicato studio.

Inoltre, acconsento  non acconsento  ad informare il mio MMG della mia partecipazione al su indicato studio.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

Nome e Cognome della Paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma della Paziente** \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del Medico che ha informato la paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del Medico** \_\_\_\_\_