Modulo di Consenso

"Valutazione del rischio e gestione dei comportamenti aggressivi all'interno di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura"

Codice Protocollo come indicato dal promotore: AGGR-SPDC

Io sottoscritta _____ e Io sottoscritto _____ rispettivamente madre e padre di _____ nato/a a _____ il _____ dichiariamo di aver ricevuto dal/la Dott./Dott.ssa/Prof./Prof.ssa _____ in data _____ spiegazioni esaurienti in merito alla richiesta di partecipazione di nostro/a figlio/a 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 di questo studio promosso dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura (SPDC), AUSL Modena, Dipartimento di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche AUSL 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 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

Ospedale Civile di Baggiovara
AUSL di Modena
Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche–
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
Via Giardini, 1355, 41126 Baggiovara MO
Tel. 059-3962261 Fax 059-3963732

Sede legale: Via S. Giovanni del Cantone, 23 – 41126 Modena
T. +39.059.435111 – F. +39.059.3963774
www.ausl.mo.it
Partita IVA 022418503

- 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/MMG della partecipazione di nostro/a figlio/a al su indicato studio**.**

Nome e Cognome del/la 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/la testimone imparziale_____
Data_____
Firma del/la testimone imparziale_____

Ospedale Civile di Baggiovara
AUSL di Modena
Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche–
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
Via Giardini, 1355, 41126 Baggiovara MO
Tel. 059-3962261 Fax 059-3963732

Sede legale: Via S. Giovanni del Cantone, 23 – 41126 Modena
T. +39.059.435111 – F. +39.059.3963774
www.ausl.mo.it
Partita IVA 022418503