SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

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 sottoscritto/a _____ rappresentante legale di _____

nato/a a _____ il _____ dichiaro di aver ricevuto dal/la Dott./Dott.ssa/Prof./Prof.ssa _____ 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 di questo studio promosso dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura (SPDC), AUSL Modena, Dipartimento di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche AUSL 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; 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).

Ospedale Civile di Baggiovara
AUSL di Modena
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
T. +39.059.435111 – F. +39.059.3963774
www.ausl.mo.it
Partita IVA 022418503

- 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/la Paziente _____

Nome e Cognome del/la Rappresentante Legale _____

Data _____

Firma del/la Rappresentante Legale_____

Nome e Cognome del Medico che ha informato il paziente_____

Data_____

Firma del Medico_____

Ospedale Civile di Baggiovara
AUSL di Modena
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
T. +39.059.435111 – F. +39.059.3963774
www.ausl.mo.it
Partita IVA 022418503