

*Titolo dello studio*

**Centro :** \_\_\_\_\_ **Paz. N. :** \_\_\_\_\_

**FOGLIO INFORMATIVO E CONSENSO PER IL/LA PAZIENTE**

**CODICE DELLO STUDIO:**

**ACRONIMO:**

**TITOLO DELLO STUDIO:**

Gentile Signora/e

Con questo foglio vogliamo spiegarLe perchè riteniamo che Lei possa prendere parte a questo studio e che cosa dovrà fare se Lei decidesse di partecipare. Il Medico che La segue in questo ospedale è a Sua disposizione per rispondere a tutte le Sue domande. La preghiamo di leggere attentamente quanto riportato di seguito e di decidere in assoluta libertà se partecipare a questo studio clinico.

**Qual è lo scopo di questo studio?**

**Lei è obbligato/a a partecipare allo studio?**

La partecipazione a questo studio è completamente volontaria. Inoltre se in un qualsiasi momento Lei dovesse cambiare idea e volesse ritirarsi dallo studio, è libero/a di farlo. Il Suo ritiro dallo studio non influenzerà in alcun modo la cura della Sua malattia.

**Cosa succederà se dovesse decidere di partecipare allo studio?**

**Come deve assumere il/i farmaco/i in studio?**

**Quali sono i possibili rischi ed i disagi dello studio?**

**Quali sono i possibili benefici derivanti dallo studio?**

**Che trattamenti alternativi ci sono?**

**Cosa succede alla fine dello studio?**

**Cosa succede in caso di gravidanza e di allattamento?**

### **ALTRE INFORMAZIONI IMPORTANTI**

La informiamo che lo studio verrà condotto in accordo con le "Norme di Buona Pratica Clinica" definite a livello internazionale e nel rispetto dei principi etici stabiliti nella "Dichiarazione di Helsinki".

La informiamo anche che questo studio è stato approvato dal Comitato Etico della Struttura Sanitaria a cui fa riferimento il Medico responsabile dello studio, dalle competenti Autorità Sanitarie o dalle Istituzioni da queste delegate.

#### **Quali sono i Suoi diritti?**

Come Le abbiamo già detto, la Sua partecipazione a questo studio è del tutto libera.

Se lo vorrà, Lei potrà uscire dallo studio in qualsiasi momento senza dover dare alcuna spiegazione. Tuttavia, se dovesse decidere di interrompere lo studio per insorgenza di disturbi, La preghiamo di fornire al Medico dell'ospedale tutte le informazioni richieste.

Il Medico potrà interrompere la Sua partecipazione allo studio, se egli dovesse ritenere che ciò sia nel Suo interesse o qualora Lei non faccia quanto Le viene richiesto ci riserviamo di interrompere la sua partecipazione allo studio.

#### **Che cosa deve fare per partecipare?**

Se decidesse di partecipare allo studio, il Medico dell'ospedale Le chiederà di firmare e datare la pagina \*\*\* (Consenso Informato scritto) del presente documento prima che venga eseguita qualsiasi procedura o test previsti dallo studio. La firma di questo modulo serve a garantire che Lei abbia ricevuto una informazione completa e che abbia dato liberamente il Suo consenso a partecipare allo studio. Lei dovrà firmare il modulo del Consenso Informato prima che venga eseguita qualsiasi procedura o test previsti dallo studio.

L'originale del Consenso Informato scritto da Lei firmato verrà conservato dal Principal Investigator durante la durata dello studio e in seguito sarà conservato presso l'archivio della ricerca dell'Istituto Auxologico Italiano.

Se dovesse decidere di partecipare allo studio, e se Lei lo desidera, il Suo Medico di famiglia (o altro medico da Lei indicato) ne sarà informato e potrà contattare il Medico responsabile dello studio per qualsiasi informazione.

#### **Come viene garantita la riservatezza delle informazioni?**

Il Medico Responsabile dello studio Le chiederà alcuni dati personali, quali il sesso, la data di nascita, i dati clinici ed eventuali altri dati. Queste informazioni sono importanti per una corretta esecuzione dello studio.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, art. 9, lettera j), La informiamo di quanto segue.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è la Fondazione Istituto Auxologico Italiano, con sede legale in Milano, via L. Ariosto 13.

La informiamo che è molto importante poter esaminare le cartelle cliniche originali dei pazienti allo scopo di adempiere alle normative che regolano le sperimentazioni cliniche. Di conseguenza, Le chiediamo di autorizzare il personale dell'Ospedale impegnato nell'attività di ricerca a far esaminare – solo per tali scopi – le cartelle cliniche originali.

Lei avrà in ogni momento diritto di ritirare la Sua autorizzazione a quanto indicato al punto precedenti e di interrompere la Sua partecipazione allo studio, senza che ciò comporti conseguenze in alcun modo pregiudizievoli per Lei.

I Suoi dati saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per la conclusione del progetto di ricerca. Al termine del periodo i dati saranno distrutti, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

I Suoi dati potranno essere diffusi agli Enti impegnati nella ricerca, diversi da quello presso il quale si svolge la sperimentazione, in forma anonima senza che vi sia la possibilità di individuare il paziente.

Il predetto Regolamento (UE) 2016/679 Le conferisce taluni diritti, tra i quali – ai sensi dell'art. 13 – le ricordiamo il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati, il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Per l'esercizio dei succitati diritti dovrà rivolgersi alla Direzione Generale dell'Istituto Auxologico Italiano, con sede legale in Milano, via L. Ariosto 13, mediante raccomandata A/R o mezzo fax al n. 02 61911 2204.

*Titolo dello studio*

**Centro :** \_\_\_\_\_ **Paz. N. :** \_\_\_\_\_

L'Istituto Auxologico Italiano ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) nella persona del dott. Valerio Gatti raggiungibile al seguente indirizzo di posta elettronica: [dpo@auxologico.it](mailto:dpo@auxologico.it).

**Chi sostiene i costi dello studio?**

La partecipazione a questo studio non comporterà a suo carico nessun costo.

La preghiamo di informare tempestivamente il Medico dell'ospedale responsabile dello studio circa ogni danno derivante dalla ricerca e la natura delle spese da sostenere. Firmando la parte del presente documento denominata "Consenso Informato Scritto" (pag. \*), Lei non perde alcun diritto legale.

**A chi chiedere ulteriori informazioni?**

Se desiderasse ulteriori informazioni su questo studio può contattare una delle persone di seguito indicate, che saranno liete di aiutarLa:

1. \_\_\_\_\_  
(nome) \_\_\_\_\_ (n. telefono)

2. \_\_\_\_\_  
(nome) \_\_\_\_\_ (n. telefono)

**La ringraziamo per la Sua disponibilità ed il Suo aiuto**

**CONSENSO INFORMATO SCRITTO**

Io sottoscritto/a .....

dichiaro di accettare la proposta di partecipare allo studio clinico di ricerca descritto nel presente documento.

Il mio consenso è espressione di una libera decisione, non influenzata da promesse di benefici economici o di altra natura, nè da obblighi nei confronti del Medico responsabile dello studio.

Sono consapevole di essere libero/a di ritirarmi dallo studio in qualsiasi momento io lo desideri, e di poter esigere di essere successivamente curato con le terapie di impiego comune per il trattamento della malattia di cui soffro. Sono consapevole, inoltre, di non avere l'obbligo di motivare la mia decisione di ritirarmi dallo studio, a meno che essa non derivi dalla comparsa di disturbi, effetti indesiderati o non previsti. In tal caso, mi impegno sin d'ora a comunicare tempestivamente al Medico responsabile dello studio la natura e l'entità dei miei sintomi.

Mi è stata data l'opportunità di leggere le informazioni contenute nella parte informativa di questo documento (pagine da 1 a \*) e di porre domande circa gli scopi e le metodiche dello studio, i benefici ed i possibili rischi, gli effetti dei farmaci in studio ed i miei diritti come partecipante alla ricerca.

Sono a conoscenza della necessità che io osservi le istruzioni che riceverò dal Medico responsabile dello studio circa le modalità di assunzione del farmaco e la raccolta dei dati clinici.

Ho compreso tutte le informazioni ed i chiarimenti che mi sono stati dati e ho avuto il tempo sufficiente per prendere in considerazione la mia partecipazione a questo studio.

Esprimo il consenso alla conservazione e all'uso dei dati personali e particolari oggetto della presente ricerca per fini statistici, epidemiologici e di ricerca scientifica, escludendo, in ogni caso, la possibilità di identificare la persona e, sempre in forma anonima, alla possibilità di essere trasferiti con le modalità previste dalla legge a Enti partner per esclusivi scopi di ricerca scientifica.

SI

NO

**[NOTA PER IL RICERCATORE: Qualora il progetto preveda il prelievo di campioni biologici, inserire anche il presente paragrafo]**

*Esprimo il consenso alla conservazione e all'utilizzo di campioni biologici acquisiti, in forma anonima, per scopi di ricerca scientifica presso i laboratori di Ricerca dell'Istituto e, sempre in forma anonima, alla possibilità di essere trasferiti con le modalità previste dalla legge a Enti partner per esclusivi scopi di ricerca scientifica.*

SI

NO

Esprimo il consenso alla presentazione dei dati in congressi scientifici o pubblicati su riviste specialistiche escludendo in ogni caso la possibilità di identificare la persona.

SI

NO

Qualora da tali attività di ricerca emergano risultati utili per una migliore definizione diagnostica, anche mediante test non attualmente disponibili e che si rendano attuabili in futuro, il sottoscritto richiede che tali informazioni vengano comunicate:

Sì, personalmente

Sì, attraverso il proprio medico: ..... (cognome e nome medico)  
..... (telefono)

..... (mail)

No, non desidero che mi siano comunicati

*Titolo dello studio*

**Centro :** \_\_\_\_\_ **Paz. N. :** \_\_\_\_\_

Confermo che mi è stata consegnata copia del presente documento informativo e di consenso.

FIRMA DEL PAZIENTE e/o di/dei suo/suoi \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

RAPPRESENTANTE/I LEGALMENTE  
RICONOSCIUTO/I \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome del rappresentante/i (in stampatello) \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIMONE IMPARZIALE \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

*(qualora il paziente, il suo rappresentante legalmente riconosciuto o il caregiver non siano in grado di leggere -  
D.M. 15.07.97 - All. 1 - articolo 4.8.9)*

Nome del testimone (in stampatello) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DELLO SPERIMENTATORE**

Dichiaro di aver fornito al/alla paziente informazioni complete e spiegazioni dettagliate circa la natura, le finalità, le procedure e la durata di questo studio clinico di ricerca.

Dichiaro inoltre di aver fornito al/alla paziente il foglio informativo ed una copia datata e firmata del modulo di Consenso Informato.

FIRMA DEL RICERCATORE \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome del ricercatore (in stampatello) \_\_\_\_\_