**FOGLIO INFORMATIVO PER LA PARTECIPAZIONE AD UNA SPERIMENTAZIONE CLINICA**

 **E DICHIARAZIONE DI CONSENSO *PER***

 ***GENITORI / TUTORI / RAPPRESENTANTE LEGALE***

***INSERIRE DATA E VERSIONE DEL PRESENTE DOCUMENTO***

TITOLO

REPARTO/AMBULATORIO/SERVIZIO

SPERIMENTATORE: ………………….

TELEFONO: …………………………

Gent.le Sig.ra/re,

le informazioni contenute nel seguente foglio informativo sono molto dettagliate. Le chiediamo di prendere la decisione di accettare o rifiutare di far partecipare Suo figlio/il Suo tutelato/Suo rappresentato SOLO dopo aver letto questo foglio ed avere avuto un COLLOQUIO ESAURIENTE con un componente del gruppo di sperimentazione che le dovrà dedicare il TEMPO NECESSARIO per comprendere completamente ciò che le viene proposto.

È Suo diritto essere informata/o circa lo scopo e le caratteristiche della sperimentazione affinché Lei possa decidere in modo consapevole e libero se far partecipare Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato.

Questo documento ha l’obiettivo di informarLa sulla natura della sperimentazione, sul fine che esso si propone, su ciò che comporterà per Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato la partecipazione, compresi i suoi diritti e responsabilità.

La invitiamo a leggere attentamente quanto riportato di seguito. I ricercatori coinvolti in questo progetto, indicati all’inizio di questo documento, sono a disposizione per rispondere alle Sue domande. Nessuna domanda che Le viene in mente è banale: non abbia timore di farla!

Oltre che con noi può discutere la proposta contenuta in questo documento con il Suo medico di famiglia, i Suoi familiari e altre persone di Sua fiducia. Si prenda tutto il tempo necessario per decidere. Può portare a casa una copia non firmata di questo documento per pensarci o per discuterne con altri prima di prendere una decisione. Se decide di non far partecipare Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato alla sperimentazione, riceverà comunque la migliore assistenza possibile per i pazienti con la condizione/malattia di Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato.

Un Suo rifiuto non sarà in alcun modo interpretato come una mancanza di fiducia.

Lo Sperimentatore Principale

**SCHEDA INFORMATIVA**

Caro Genitore/Tutore/Rappresentante legale,

Presso la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli-IRCCS è in programma uno studio dal titolo (*inserire titolo in italiano*).

Questa ricerca è a carattere (*nazionale/internazionale – monocentrica/multicentrica)* e si propone di sperimentare (*un nuovo farmaco, una nuova procedura, etc …)* per la cura dei pazienti che soffrono della stessa malattia da cui *Suo figlio/il Suo tutelato/Suo rappresentato* è affetto/a.

 Per svolgere tale ricerca vorremmo avvalerci della collaborazione e della disponibilità di persone che, come *Suo figlio/il Suo tutelato/Suo rappresentato*, soddisfino i requisiti scientifici idonei alla valutazione che verrà eseguita. Il fatto di decidere o meno di partecipare a questo studio non avrà alcun impatto sulla assistenza che *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato* riceverà ed i medici continueranno a seguirLo/a con la dovuta attenzione.

Prima, però, che Lei prenda la decisione di accettare o rifiutare di partecipare, La preghiamo di leggere con attenzione queste pagine, prendendo tutto il tempo che Le necessita, e di chiedere chiarimenti qualora non avesse ben compreso o avesse bisogno di ulteriori precisazioni. Inoltre, qualora lo desiderasse, prima di decidere può chiedere un parere ai Suoi familiari o ad un Suo medico di fiducia.

**Che cosa si propone lo studio**

Lo studio ha come obiettivo generale quello di:

*(riportare uno o più obiettivi generali: 1. ottenere eventuale beneficio per il paziente, 2. migliorare la conoscenza della malattia del paziente, 3. verificare l'attività di un certo farmaco, 4. mettere a punto nuove procedure diagnostiche, 5. verificare l’efficacia di nuove terapie 6. migliorare la pratica clinica ecc.).*

Importante: ***Occorre utilizzare un linguaggio comprensibile, fare attenzione a che il modulo di consenso non serva da occasione per comunicare informazioni diagnostiche e prognostiche che il soggetto non conosca ancora!***

**Cosa comporta lo studio**

Il disegno sperimentale di questa ricerca prevede: (*fornire una spiegazione sul disegno sperimentale e sui trattamenti utilizzati. In particolare, nel caso di studio clinico randomizzato, condotto in doppio cieco e controllato con placebo, indicare:*

1. *che la ricerca prevede che un gruppo di pazienti riceverà il trattamento sperimentale x/y (indicare) e un altro riceverà il trattamento standard q/z (indicare) oppure un "placebo", cioè una sostanza farmacologicamente inattiva. Va indicato chiaramente, in caso di confronto attivo, quale sia da considerare il trattamento sperimentale e quale quello già in uso nella pratica clinica;*
2. *che "randomizzato" vuol dire che l'assegnazione ad uno dei gruppi di trattamento sopraindicati sarà casuale, non influenzabile dal medico, né dalle condizioni del soggetto;*
3. *che "doppio cieco" vuol dire che né il paziente né il medico ricercatore saranno a conoscenza di quale terapia verrà assegnata al soggetto, fino a quando la ricerca stessa non sarà terminata, assicurando, tuttavia, che in caso di necessità sarà possibile venire immediatamente a conoscenza del trattamento ricevuto. Occorre spiegare che tali metodologie sono necessarie per evitare pregiudizi e ottenere risultati che siano validi, senza che ciò comporti un aumento di rischio.*

**Cosa comporta la partecipazione di suo figlio/tutelato/rappresentato allo studio**

Se accetta di far partecipare *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato* a questo studio egli/ella sarà sottoposto/a ad una prima visita per verificare che le sue condizioni soddisfino i criteri richiesti per la partecipazione. In occasione di tale visita saranno eseguiti: (*dettagliare eventuali esami: prelievo di sangue - indicare il numero di prelievi e la quantità totale in ml, esame delle urine, elettrocardiogramma, radiografia, ecografia, TAC, gastroscopia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia ossea, test di gravidanza ecc. Per tutte le indagini è necessario specificare il numero e la frequenza prevista per singolo paziente*. *Specificare inoltre tutto ciò che avrebbe comunque fatto nella pratica clinica e ciò che viene fatto* ***soltanto in virtù della partecipazione allo studio****).*

Nel caso *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato* risultasse idoneo alla partecipazione allo studio, potrà essere sottoposto/a ad altre visite/procedure:

*(specificare il numero, la frequenza e la descrizione di tutte visite/procedure utilizzate).*

La collaborazione che viene richiesta a *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato* consiste: (*precisare in modo circostanziato i compiti che avranno i pazienti durante la sperimentazione, indicare quelle attività che non sono eventualmente consentite durante la sperimentazione: ad es. esposizione ai raggi solari o ai raggi UV, sport, donazione di sangue, assunzione di alcool o di particolari cibi/bevande, ecc.; evidenziare l'esigenza di eseguire accuratamente e con attenzione tutto ciò che viene richiesto, sottolineando che, prima di tutto, questo è a salvaguardia della sua salute ed inoltre che la mancata osservanza di quanto richiesto potrebbe rendere nullo il significato stesso dello studio).*

Lo studio durerà: (*indicare tutte le fasi dello studio, fino alla conclusione, specificando la durata complessiva prevista dalla partecipazione del singolo soggetto allo studio*) e parteciperanno a questa ricerca presso questo Ospedale: (*indicare il numero totale previsto di pazienti che saranno coinvolti nella sperimentazione e il numero di quelli previsti per la struttura nella quale si trova il paziente*) n. pazienti affetti dalla stessa malattia di cui *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato*  è affetto/a.

La partecipazione alla sperimentazione non comporta per *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato* alcun aggravio di spese né prevedrà alcun compenso.

*Se applicabile inserire le informazioni circa il rimborso (massimali, tipologia di rimborso - es. pasti, viaggi, ecc - e modalità - es. presentazione di ricevute al centro, ecc.)*

**Quali sono i rischi derivanti dalla partecipazione allo studio**

La partecipazione allo studio potrebbe comportare alcuni rischi legati alla somministrazione dei farmaci/trattamenti/dispositivi e/o alle indagini di controllo previste.

*(indicare i possibili eventi avversi/collaterali noti per le diverse terapie (inclusa la terapia standard) e per le indagini a cui sarà sottoposto - es TAC, scintigrafie ecc. Vanno specificati anche possibili impatti negativi, es: se si possono prevedere impatti sulla vita lavorativa/scolastica e sociale)*

**Informativa per i soggetti di sesso femminile in età fertile**Se Sua figlia/Sua tutelata/Sua rappresentata è una ragazza/donna in età fertile e pensa che possa rimanere incinta durante la sperimentazione, non dovrebbe partecipare a questo studio in quanto in quanto *sono/non sono noti/escludibili/sono accertati* (cancellare le opzioni non pertinenti) effetti dannosi per il feto concepito.

Se intende comunque partecipare, deve impegnarsi a non iniziare una gravidanza durante il periodo di sperimentazione e per (n. settimane/mesi) successivi all’assunzione dell’ultima dose di farmaco sperimentale.

Il metodo più sicuro per evitare di iniziare una gravidanza è quello di astenersi dai rapporti sessuali a partire da (…) e per (n. settimane/mesi) successivi all’assunzione dell’ultima dose del farmaco sperimentale. Se l’astensione dai rapporti sessuali non rientra fra le scelte possibili, sappia che la ditta farmaceutica che finanzia lo studio richiede che Sua figlia/Sua tutelata/Sua rappresentata utilizzi specificamente i seguenti mezzi per evitare la gravidanza nel caso decidesse di partecipare allo studio: indicare quelli riportati nel protocollo se previsti). (Se fra i mezzi fossero indicati lo IUD o altri mezzi che agiscono anche con un meccanismo microabortivo secondo quanto riportato nella letteratura e nelle schede tecniche, aggiungere: *sappia che alcuni di questi mezzi, come ad es. lo IUD o gli impianti progestinici, agiscono non solo con un meccanismo che impedisce la fecondazione ma anche con un meccanismo microabortivo, cioè impedendo all’embrione di annidarsi nell’utero, così come riportato nella letteratura e nelle specifiche schede tecniche*).

La informiamo infine che, se Sua figlia/Sua tutelata/Sua rappresentata deciderà di usare i suddetti mezzi contraccettivi, la polizza assicurativa attivata dal promotore *rimborserà/non rimborserà* Sua figlia/Sua tutelata/Sua rappresentata per i danni dovuti agli effetti collaterali conseguenti all’uso di tali mezzi. Sua figlia/Sua tutelata/Sua rappresentata comunque non perderà alcun diritto legale in caso di danni subiti durante la sperimentazione.

Se Sua figlia/la Sua tutelata/Sua rappresentata sta già utilizzando un metodo contraccettivo, dovrà parlarne con il medico o il personale dello studio che Le spiegherà se tale metodo è accettabile o meno per il presente studio.

Se Sua figlia/Sua tutelata/Sua rappresentata iniziasse una gravidanza, dovrà comunque darne immediata informazione al medico responsabile della sperimentazione e acconsentire che i dati relativi alla sua gravidanza siano resi noti al medico dello studio e alla ditta farmaceutica. La somministrazione del farmaco in studio verrà, comunque, sospesa e la Sua partecipazione allo studio sarà interrotta.

Scelga pertanto liberamente, insieme al coniuge/partner di Suo figlia/Sua tutelata/Sua rappresentata, in base alle informazioni sopra riportate e alle vostre convinzioni morali, se partecipare o meno alla sperimentazione.

**Informativa per i soggetti di sesso maschile che hanno una coniuge / partner in età fertile**

Se Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato ha una coniuge/partner in età fertile e pensa che potrebbe rimanere incinta durante la sperimentazione, non dovrebbe partecipare a questo studio in quanto sono/non sono noti/escludibili/sono accertati (cancellare le opzioni non pertinenti) effetti tossici del farmaco sperimentale sul suo liquido spermatico e quindi sull’embrione eventualmente concepito. La invitiamo pertanto ad informare di questo la coniuge/partner di Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato. Se intende comunque partecipare, Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato deve impegnarsi a non fare iniziare una gravidanza durante il periodo di sperimentazione e per (n. settimane/mesi) successivi all’assunzione dell’ultima dose di farmaco sperimentale.

Il metodo più sicuro per evitare di iniziare una gravidanza è quello di astenersi dai rapporti sessuali a partire da (…) e per (n. settimane/mesi) successivi all’assunzione dell’ultima dose del farmaco sperimentale.

Se l’astensione dai rapporti sessuali non rientra tra le scelte possibili sappia che la ditta farmaceutica che finanzia lo studio richiede che Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato e la sua coniuge/partner utilizzino specificamente i seguenti mezzi per evitare la gravidanza nel caso decidesse di far partecipare Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato allo studio: (indicare quelli riportati nel protocollo). (Se fra i mezzi fossero indicati lo IUD o altri mezzi che agiscono anche con un meccanismo microabortivo secondo quanto riportato nella letteratura e nelle schede tecniche, aggiungere: Sappia che alcuni di questi mezzi, come ad es. lo IUD o gli impianti progestinici, agiscono non solo con un meccanismo che impedisce la fecondazione ma anche con un meccanismo microabortivo, cioè impedendo all’embrione di annidarsi nell’utero, così come riportato nella letteratura e nelle specifiche schede tecniche).

La informiamo, inoltre, che se Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato deciderà di usare i suddetti mezzi contraccettivi, la polizza assicurativa attivata dal promotore rimborserà/non rimborserà Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato (*indicare l’opzione*) per i danni dovuti agli effetti collaterali conseguenti all’uso dei mezzi contraccettivi richiesti dalla ditta farmaceutica.

Se la coniuge/partner di Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato iniziasse una gravidanza, deve comunque darne immediata informazione al medico responsabile della sperimentazione e acconsentire che i dati della sua gravidanza vengano resi noti al medico e alla ditta farmaceutica. Scelga pertanto liberamente, insieme alla coniuge/partner di Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato, in base alle informazioni sopra riportate e alle vostre convinzioni morali, se partecipare o meno alla sperimentazione.

**Quali sono i benefici che *Suo figlio/Suo tutelato/ Suo rappresentato* potrà ricevere partecipando allo studio**

Dalla partecipazione a questo studio sono prevedibili i seguenti benefici: (*indicare gli eventuali benefici diretti per i soggetti oppure indicare che NON ci saranno benefici diretti per il paziente ma ci saranno benefici per il progresso della scienza e/o per altri pazienti in futuro)*

**Risultati dello studio e riservatezza delle informazioni raccolte**

Tutti i dati e campioni biologici di *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato (se applicabile)* saranno pseudo-anonimizzati ossia le sarà attribuito un codice non direttamente riconducibile alla sua persona e saranno registrati in formato elettronico (inserire ulteriori o differenti modalità di registrazione sulla base di quanto previsto nello studio). Questo codice non consentirà di identificare *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato* all’esterno del centro medico del trattamento.

Per quanto riguarda il trattamento dei dati personali dovrà fare riferimento all’informativa specifica per la manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali che Le verrà consegnata contestualmente, su foglio a parte**.**

*(Nel caso di sperimentazioni che prevedono analisi genetiche, il paziente deve essere informato che potrebbero emergere risultati inattesi, quali ad esempio la predisposizione allo sviluppo futuro di altre malattie o il suo stato di portatore di una malattia genetica che potrebbe portare alla generazione di figli malati. Il paziente deve anche essere adeguatamente informato sulle conseguenze pratiche di questi risultati inattesi e del suo diritto a “non sapere”.*

*I risultati incidentali possono riguardare 1) patologie per le quali sono disponibili strumenti di prevenzione efficaci utilizzati nella pratica clinica corrente, come ad esempio alcuni tumori o alcune aritmie cardiache su base genetica, oppure 2) patologie per le quali non sono ad oggi disponibili strumenti di prevenzione efficaci (es. malattie neurodegenerative).* Lei potrà decidere liberamente se essere informato/a o meno su questi tipi di risultati.

**Cosa succede se decide di non partecipare allo studio-possibili trattamenti alternativi.**

Lei è libero/a di non far partecipare *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato* allo studio. In questo caso Egli/Ella continuerà a ricevere, comunque, tutte le terapie e le cure standard previste per la Sua patologia, senza alcuna penalizzazione, ed i medici continueranno a seguirla comunque con la dovuta attenzione assistenziale, anche nel caso che non ci fossero altre terapie disponibili (sperimentali e non). *(Chiarire l’approccio assistenziale di routine per il trattamento della malattia e indicare le procedure o il tipo di trattamenti alternativi che possono essere disponibili per il paziente ed i loro potenziali benefici e rischi di rilievo)*

**Cosa succede in caso di danno**

La informiamo che è attiva una copertura assicurativa che garantisce eventuali danni alla persona derivanti dalla sperimentazione secondo le indicazioni previste dal D. Min. Salute 14 luglio 2009, GU n. 213 del 14 Settembre 2009. In particolare questo studio è assicurato con la *(indicare il nome della Compagnia e n° di Polizza)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assicurazione e tale copertura assicurativa garantisce un massimale di risarcimento danni pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di euro per paziente, con un limite di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di euro per protocollo.

La polizza è operante esclusivamente per i danni che si sono manifestati non oltre \_\_\_\_\_\_ mesi dal termine della sperimentazione per i quali sia stata presentata richiesta di risarcimento entro \_\_\_\_\_\_ mesi sempre dal termine della stessa.

Il superamento dei suddetti massimali e le precedenti restrizioni non pregiudicano comunque il Suo diritto di chiedere l’eventuale risarcimento direttamente al responsabile del danno. Firmando questo consenso informato Lei non rinuncia ad alcuno dei Suoi diritti legali.

Prima di aderire alla sperimentazione in oggetto, qualora Lei abbia sottoscritto una polizza assicurativa, è opportuno che verifichi con il Suo assicuratore che la Sua partecipazione non abbia alcuna ripercussione sulla stessa.

**come verranno trattati e chi avrà accesso ai campioni biologici di *Suo figlio/Suo tutelato/suo rappresentato* prelevati ai fini della sperimentazione**

Come per i dati sanitari, anche i campioni biologici, di *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato* pseudo-anonimizzati saranno utilizzati ai fini della sperimentazione.

Una volta terminata la sperimentazione i campioni di *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato* verranno distrutti *a meno che non venga rilasciato specifico consenso informato per l’utilizzo per altri studi previa approvazione degli stessi da parte del Comitato Etico.*  *Non verranno distrutti solo nel caso in cui: a) non sia possibile ricondurli alla identità, perché anonimizzati nel corso della sperimentazione stessa, oppure b) in presenza di uno specifico consenso informato e accordo con la biobanca per la conservazione dei campioni.*

(LASCIARE L’OPZIONE IN CORSIVO SE PREVISTA NEL PROTOCOLLO ALTRIMENTI ELIMINARE).

**Interruzione dello studio**

La Sua adesione a questo programma di ricerca è completamente volontaria e Lei potrà ritirare *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato* dallo studio in qualsiasi momento dandone comunicazione allo Sperimentatore: (*distinguere i casi in cui non è possibile interrompere la partecipazione: l'intervento diagnostico-terapeutico sperimentale costituisce un singolo atto; il trattamento sperimentale non consente un'interruzione perché questa si tradurrebbe in un danno certo o molto probabile (ad es. trattamenti altamente sperimentali quali trapianto). In tali casi è necessario evidenziare che una delle condizioni obbligatorie della partecipazione sarà proprio quella di non poter recedere dalla decisione*) In questo caso i dati raccolti fino al momento del ritiro *saranno/non saranno* considerati nei risultati in forma aggregata ed anonima per l’analisi finale.

Allo stesso modo, la sperimentazione potrà essere interrotta se:

1. il medico non constaterà un giovamento oppure se saranno intervenuti effetti non desiderati, o altro;

2. si rendessero disponibili nuove informazioni e la sperimentazione non fosse più nel migliore interesse di *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato*;

3. non vengano seguite le regole concordate per la partecipazione alla sperimentazione;

4. per le donne (se applicabile): sua figlia/la sua tutelata iniziasse una gravidanza durante la sperimentazione;

5. la sperimentazione venisse interrotta dalle autorità componenti o dal promotore.

*In ogni caso esplicitare la necessità/opportunità di continuare le visite pianificate di follow-up in caso di ritiro del consenso, di sospensione della sperimentazione, di gravidanza o altro.*

In questi casi Lei sarà tempestivamente informato circa ulteriori trattamenti validi per la malattia da cui è affetto *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato*, potrà discuterne con il medico e comunque il centro continuerà a seguire *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato* con la dovuta attenzione assistenziale, anche nel caso non ci fossero altre terapie disponibili.

Qualora divengano disponibili dati che possano influenzare la decisione di far continuare lo studio in oggetto sarà tempestivamente informato/a. Se Lei dovesse decidere di far continuare lo studio, potrebbe venirLe chiesto di firmare un nuovo consenso informato in cui sarà evidenziato l’aggiornamento.

**Informazioni circa i risultati dello studio**

Se Lei lo richiederà, alla fine dello studio potranno esserLe comunicati i risultati dello studio in generale ed in particolare quelli che riguardano *Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato*.

**Ulteriori informazioni**

Per ulteriori informazioni e comunicazioni durante lo studio potrà contattare il seguente personale: (*indicare i nomi ed i numeri telefonici del PI e eventuale altro personale medico a cui il paziente potrà fare riferimento durante lo studio*).

Se Lei è d'accordo, potrebbe essere utile informare il pediatra/medico di famiglia della partecipazione a questa sperimentazione, al fine di evitare interferenze con eventuali altri farmaci che potrebbe essere prescritti e/o con trattamenti a cui potrebbe essere sottoposto/a.

Il protocollo dello studio che Le è stato proposto è stato redatto in conformità alle Norme di Buona Pratica Clinica della Unione Europea e della Dichiarazione di Helsinki della Associazione Medica Mondiale sugli studi clinici che interessano soggetti umani ed è stato approvato dal Comitato Etico di questa struttura Lei può segnalare qualsiasi fatto ritenga opportuno evidenziare, relativamente alla sperimentazione che La riguarda, al Comitato Etico e alla Direzione Sanitaria di questa struttura e all’Autorità Competente (AIFA).

**Chi organizza e promuove questo studio?**

Lo studio è promosso *(e finanziato - se applicabile)* da *(indicare chi promuove lo studio: Promotore)*

La ringraziamo per l’attenzione e il tempo che ha dedicato alla lettura e alla discussione del presente documento.

Se Lei decidesse di far partecipare Suo figlio/Suo tutelato/Suo rappresentato allo Studio, Le saranno forniti una copia di questa Scheda Informativa e un modulo di consenso sottoscritto da conservare.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

(*questa dichiarazione deve essere firmata e datata personalmente dai Genitori o dal tutore/rappresentante legale e dal medico che ha condotto la discussione relativa al consenso informato*)

Io sottoscritto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(padre)

Io sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (madre)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(rappresentante legale/tutore)

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARO**

▢ di aver ricevuto dal Dottor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione alla ricerca in oggetto, secondo quanto riportato nella sezione informativa della quale mi è stata data prima d’ora una copia, facente parte di questo consenso, della quale mi e stata consegnata una copia in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

▢ che mi sono stati chiaramente spiegati ed ho compreso la natura, le finalità, le procedure, i benefici attesi, i rischi e gli inconvenienti possibili e le modalità di trattamento alternativo rispetto alla sperimentazione clinica proposta;

▢ di aver avuto l’opportunità di porre qualsivoglia domanda allo sperimentatore dello studio e di aver avuto risposte soddisfacenti;

▢ di aver avuto il tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute;

▢ di avere avuto il tempo sufficiente per discuterne con terzi;

▢ di essere stato informato che il protocollo della sperimentazione e tutti i moduli utilizzati hanno avuto il parere favorevole del Comitato Etico competente;

▢ di essere consapevole che la ricerca potrà essere interrotta in ogni momento;

▢ di essere stato informato che sarò messo al corrente di qualsiasi nuovo dato che possa compromettere la sicurezza della ricerca e che, per ogni problema o per ulteriori domande, potrò rivolgermi sperimentatore principale o ai suoi collaboratori;

▢ che per la migliore tutela della salute di mio *figlio/tutelato/rappresentato* sono consapevole dell’importanza di informare il pediatra/medico di medicina generale della sperimentazione alla quale accetto di far partecipare mio *figlio/tutelato/rappresentato*.

▢ Sono consapevole dell’importanza di fornire tutte le informazioni (farmaci, effetti collaterali, ecc.) che riguardano mio *figlio/tutelato/rappresentato*, allo sperimentatore;

▢ di essere stato informato che i risultati dello studio saranno resi noti alla comunità scientifica, tutelando l'identità di mio *figlio/tutelato/rappresentato* secondo la normativa vigente sulla privacy;

▢ di essere consapevole che qualsiasi scelta espressa in questo modulo di consenso potrà essere revocata in qualsiasi momento e senza alcuna giustificazione;

▢ di aver ricevuto una copia del presente modulo di consenso.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Cognome del genitore madre (stampatello)

Firma del genitore madre

Nome Cognome del genitore padre (stampatello)

Firma del genitore padre

Nome Cognome del tutore/rappresentante legale (stampatello)

Firma del tutore/rappresentante legale

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO**

Io Sottoscritto (NOME-COGNOME)

nella mia qualità di

▢ Sperimentatore Principale

▢ Delegato dello Sperimentatore principale

DICHIARO

Che il/la Signor/a (inserire il nome) in qualità di genitore/tutore/rappresentante legale ha acconsentito spontaneamente alla partecipazione alla sperimentazione

Dichiaro inoltre di:

▢ aver fornito al genitore/tutore/rappresentante legale esaurienti spiegazioni in merito alle finalità della sperimentazione, alle procedure, ai possibili rischi e benefici e alle sue possibili alternative;

▢ aver verificato che il genitore/tutore/rappresentante legale abbia sufficientemente compreso le informazioni fornitegli;

▢ aver lasciato al genitore/tutore/rappresentante legale il tempo necessario e la possibilità di fare domande in merito alla sperimentazione;

▢ di aver illustrato chiaramente la possibilità di far ritirare il minore/rappresentato/tutelato in qualsiasi momento dalla sperimentazione o di modificare le scelte fatte;

▢ non aver esercitato alcuna coercizione od influenza indebita nella richiesta del presente consenso;

▢ avere fornito al genitore/tutore/rappresentante legale informazioni su come i risultati della sperimentazione gli/le saranno resi noti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Cognome (stampatello) del medico che ha fornito le Informazioni e che ha raccolto il consenso

Firma (e timbro)

*Il presente modulo e parte integrante e deve essere conservato insieme al modulo informativo per il consenso informat**o*