



Università di Salerno, Facoltà di Medicina e Chirurgia
A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona
UOC Gastroenterologia Universitaria
Prof.ssa Carolina Ciacci - Prof.ssa Paola Iovino



CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ nato il _____
a _____ residente a _____ via _____
tel. _____ età _____
sesso _____ c.f. _____

Reparto di Gastroenterologia n.cartella _____ o n. di cartella ambulatoriale _____ data visita _____

Dichiaro di aver ricevuto dal/dalla Dr. _____ esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione agli studi sperimentali che presso questo reparto si svolgono, secondo quanto riportato nella scheda informativa qui allegata, copia della quale mi è stata già consegnata. Dichiaro di aver compreso le finalità ed esprimo il mio consenso informato nonché autorizzazione affinché la Gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S.Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona (Università di Salerno) possa utilizzare il mio materiale biologico (biopsia e sangue) e i dati dei questionari psicologici ai fini diagnostici ed anche per le finalità della ricerca scientifica, nonché aggiornare nel tempo i dati anagrafici, a trattare i dati clinici, antropometrici, laboratoristici, derivati in FORMA ANONIMA, esclusivamente a fini statistico-casistico e scientifici.

Autorizzo l'analisi dei dati clinici e psicologici rilevati eseguiti durante l'iter (questionari, test, interviste psicologiche, ecc) e l'aggiornamento periodico dei miei dati anagrafici.

Dichiara altresì di essere informato delle modalità di conservazione e custodia nel tempo del materiale biologico a me prelevato e di aver ricevuto ampia e condivisibile informazione sulla riservatezza dei dati.

Dichiara inoltre che la sua autorizzazione è finalizzata al presente studio e che qualora i dati debbano essere oggetto di ulteriore diverso studio scientifico, ne dovrà essere informato per esprimere specifico consenso al riguardo.

Inoltre autorizzo non autorizzo

la Gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S.Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona (Università di Salerno) a comunicare eventuali risultati che si otterranno sul suo materiale biologico, rilevanti per la sua salute e/o per quella dei suoi familiari a lui stesso. Accetto dunque liberamente di partecipare alla sperimentazione, avendo capito completamente il significato della richiesta e avendo compreso i rischi e i benefici che sono implicati.

Data _____ Firma del medico che ha informato il paziente _____

Data _____ Firma del paziente _____