

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO**

**PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE DEL PAZIENTE CON COMORBILITA' CARDIORESPIRATORIA FINALIZZATO ALLA RIDUZIONE DELLA MORBILITA' E AL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

ENTE PROMOTORE: Azienda Ospedaliera Carlo Poma, Mantova

Iniziali del paziente: \_\_\_\_\_

Numero del paziente: \_\_\_\_\_

***Io sottoscritto/a (inserire nome e cognome) \_\_\_\_\_  
confermo di aver compreso tutte le informazioni relative allo studio a cui sono stato invitato a partecipare.***

Le informazioni mi sono state fornite dal dr. \_\_\_\_\_

Mi è stata fornita l'opportunità di leggere tutto il materiale informativo relativo allo studio. Tutte le mie domande sono state risposte in maniera completa e soddisfacente.

Io acconsento a partecipare allo studio e ricevo una copia del presente documento.

\_\_\_\_\_  
(firma del paziente o del suo rappresentante legale)

\_\_\_\_\_  
(Data: deve essere inserita dal paz. o dal  
rapp. Legale)

Confermo che le informazioni fornite sopra sono corrette:

\_\_\_\_\_  
(firma dello sperimentatore)

\_\_\_\_\_  
(Data)

Il presente modulo, una volta compilato, rappresenta un documento confidenziale e deve essere archiviato solo presso l'archivio dello sperimentatore e una copia deve essere fornita al soggetto.

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO TESTIMONIATO**

*[da usarsi solo in caso di incapacità permanente o temporanea del paziente a leggere direttamente il testo dell'informativa e/o a firmare di propria mano il consenso]*

**PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE DEL PAZIENTE CON COMORBILITA' CARDIORESPIRATORIA FINALIZZATO ALLA RIDUZIONE DELLA MORBILITA' E AL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

ENTE PROMOTORE: Azienda Ospedaliera Carlo Poma, Mantova

Iniziali del paziente: \_\_\_\_\_

Numero del paziente: \_\_\_\_\_

Ho spiegato lo studio al paziente come descritto nel Foglio Informativo preparato per lo studio e approvato dal Comitato Etico e l'ho letto al paziente alla presenza del testimone imparziale sotto indicato. Il paziente ha acconsentito a partecipare allo studio e riceve una copia del presente documento.

\_\_\_\_\_  
(nome e cognome dello sperimentatore)

\_\_\_\_\_  
(firma dello sperimentatore)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(nome e cognome del paziente)

\_\_\_\_\_  
(firma del paziente, se è in grado di apporla)

\_\_\_\_\_  
(data)

Confermo che le informazioni riportate sopra sono corrette:

\_\_\_\_\_  
(nome e cognome del testimone)

\_\_\_\_\_  
(posizione del testimone)

\_\_\_\_\_  
(firma del testimone)

\_\_\_\_\_  
(data)

Il presente modulo, una volta compilato, rappresenta un documento confidenziale e deve essere archiviato solo presso l'archivio dello sperimentatore e una copia deve essere fornita al soggetto.