

Consenso informato

Dichiaro di aver preso visione del filmato informativo e di avere letto le informazioni inviatemi a casa. Mi è stato spiegato e mi è chiaro lo svolgimento, lo scopo e i rischi connessi allo studio CHRIS promosso dal Centro di Biomedicina. Ho letto e capito le informazioni. Per eventuali dubbi e domande potrò rivolgermi in qualsiasi momento al personale del Centro di Biomedicina che provvederà a rispondere.

Sono cosciente che la partecipazione a questo studio è assolutamente volontaria e non ci sarà nessun tipo di effetto negativo per me se deciderò di non parteciparvi o di ritirarmi.

1. Parteciperò al seguente programma di ricerca:

- prelievo di sangue (per analisi cliniche di laboratorio e per l'estrazione di DNA)
- raccolta delle urine
- misurazione di peso e altezza
- misurazione della pressione arteriosa
- intervista generale sulla salute, sulle abitudini di vita (attività fisica, dieta, esposizione a fattori ambientali, etc.), e sulla storia clinica e farmacologica
- minima valutazione neuropsicologica (memoria, capacità cognitive superiori, ansia, depressione)
- valutazione della marcia e di altri disturbi del movimento
- elettrocardiogramma
- impedenzometria (BIA)
- eventualmente (in una piccola percentuale di casi) spirometria, ecografia tiroidea, ecografia dei tronchi sovra aortici ed ecocardiogramma

sì no

2. **Autorizzo il personale dello studio CHRIS a trattare i miei dati e a procedere con il prelievo del sangue e le misurazioni cliniche.**

sì no

3. **Accetto che i miei dati siano mantenuti in forma codificata e separata, tra dati personali e medici, e che siano impiegati a scopo di ricerca in accordo con le leggi vigenti (legge sulla Tutela dei dati personali, Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).**

sì no

4. **Acconto che i miei dati siano utilizzati nell'ambito dello studio CHRIS presso l'Accademia Europea di Bolzano (EURAC) ed eventualmente trasmessi in forma codificata ad altre istituzioni di ricerca per essere utilizzati nello stesso ambito di studio:**

- **Accetto che il Centro di Biomedicina condivida i dati codificati con i partner di ricerca definiti**

sì no

- **Accetto che il Centro di Biomedicina condivida i miei dati con istituzioni che pongono i dati a disposizione della comunità scientifica per massimizzare il loro uso in ricerca**

sì no

5. **Per quanto riguarda i referti medici (risultati analisi del sangue ed elettrocardiogramma)**

Voglio ritirarli presso il centro CHRIS dell'Ospedale di Silandro

Voglio che i referti mi siano inviati a casa

6. **Accetto che informazioni mediche utili per questo studio e contenute nelle cartelle cliniche siano trasmesse dal mio medico curante o dall'ospedale al personale dello studio CHRIS e che vengano utilizzate a scopo scientifico per le sole finalità descritte in questo studio, in forma codificata.**

sì no

7. Sono consapevole che il mio sangue verrà utilizzato a fini di ricerca per studiare le cause genetiche di malattie frequenti come malattie cardiovascolari, neurologiche, tumori. Capisco che questo studio è condotto a scopo di ricerca e che non sarò messo a conoscenza dei suoi risultati.
- sì no
8. Sono a conoscenza del fatto che saranno realizzati degli alberi genealogici che daranno informazioni sui miei rapporti di parentela e di quelli degli individui compresi nell'albero genealogico, e che queste informazioni sono confidenziali e non verranno comunicate a terzi.
- sì no
9. Accetto di essere ricontattato per essere invitato a partecipare a studi successivi.
- sì no
10. Sono a conoscenza che dalla partecipazione a questo studio non verrà un vantaggio personale e immediato.
- sì no
11. In caso di morte o di sopravvenuta incapacità dispongo che:
- i miei campioni e i miei dati vengano distrutti
- i miei campioni e i miei dati vengano resi anonimi
- lascio i miei campioni a completa disposizione della ricerca nei limiti previsti dal consenso
12. Sono a conoscenza del fatto che la presente ricerca non ha scopo diagnostico e che non riceverò alcuna informazione specifica personale sui risultati di ricerca di questo progetto. Tuttavia, se nel futuro sviluppo della ricerca dovessero emergere informazioni di eccezionale rilevanza per il mio stato di salute e la mia vita:
- Voglio essere informato

Non voglio essere informato

Non sono d'accordo sul punto/sui punti (esprima qui il suo dissenso in merito al punto specifico, indichi per cortesia il numero o la parte del punto o dei punti con i quali non concorda)

.....
.....
.....

Dichiaro che il consenso è manifestato liberamente e sono cosciente che lo posso revocare in ogni momento, senza alcun bisogno di specificare la motivazione, comunicandolo per iscritto o per telefono all'indirizzo riportato, e confermando la mia intenzione per iscritto. Ciò non comporta alcuno svantaggio o pregiudizio.

Nome e cognome (partecipante allo studio): _____

Data di nascita: _____

Firma (partecipante allo studio o eventuali tutori): _____

Data: _____

Il sottoscritto certifica di aver trasmesso al paziente un'informazione dettagliata e completa sul tipo di studio che sarà condotto.

Nome e cognome (personale specializzato): _____

Firma (personale specializzato): _____

Data: _____

La sua disponibilità a partecipare a questo studio è un importante contributo per il progresso della scienza medica. Per questo motivo le siamo riconoscenti e la ringraziamo sentitamente.

Facsimile