

STUDIO OSSERVAZIONALE SULLA PREVALENZA DELL' IPERTENSIONE ARTERIOSA NEI PAZIENTI IN DIALISI PERITONEALE

MODULO DI CONSENSO DEL PAZIENTE

Io sottoscritto (a): _____

Cognome

Nome

Ho letto e capito il foglio informativo concernente lo studio sopra menzionato e accetto di prendervi parte.

Ho ricevuto un'informazione completa sullo scopo dello studio, sulle procedure utilizzate e su cosa ci si aspetti da me. Il medico responsabile dello studio mi ha informato su possibili problemi che potrebbero verificarsi durante la mia partecipazione allo studio stesso.

Questo studio è condotto sotto la responsabilità del Dott. _____

Sono consapevole di essere libero di interrompere lo studio in qualsiasi momento e che ciò non comprometterà in futuro le cure mediche del caso.

La mia identità rimarrà confidenziale; tuttavia la mia cartella clinica potrà essere controllata da personale incaricato o da rappresentanti delle Autorità Sanitarie.

Accetto che i dati raccolti per questo studio possano essere trattati elettronicamente in forma anonima.

Esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali nonché dei miei dati sensibili esclusivamente ai fini indicati nel paragrafo "Riservatezza" del "Foglio di informazione per il paziente".

Data: _____

Data: _____

Firma dello sperimentatore

Firma del paziente