

Istituti
Ortopedici
Rizzoli

IOR

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO
DECRETO INTERMINISTERIALE 24 GIUGNO 198
ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI - ISTITUTO DI RICERCA CODIVILA-PUTTI
CODICE FISCALE e PARTITA I.V.A. 00302030374

Direzione Sanitaria

Via Pupilli, 1 40136 BOLOGNA
Tel. 051 6366227 Fax 051 6366424

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO ALL'UTILIZZO DI MATERIALE
DIAGNOSTICO A SCOPO DI RICERCA**

Io sottoscritto _____

Preso atto che vengo sottoposto ad accertamenti diagnostici e/o terapie presso gli Istituti Ortopedici Rizzoli, che rappresentano un istituto di cura ma anche di ricerca a carattere nazionale,

dichiaro

di acconsentire ?

di non acconsentire ?

all'utilizzo del materiale ottenuto a scopo diagnostico, anche biologico, ottenuto durante il trattamento presso codesto Istituto a scopo di ricerca.

Ai sensi della legge n. 196 del 30.06.2003 sulla tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, sono stato informato che i miei dati personali verranno raccolti ed archiviati elettronicamente. L'accesso a tali dati sarà protetto dal responsabile di reparto Dr./Prof. _____. Autorità regolatorie e personale medico addetti al monitoraggio e alla verifica delle procedure potranno ispezionare l'archivio senza che però vi sia la possibilità di risalire alla mia identità personale. Firmando il modulo di consenso informato autorizzo l'accesso a tali dati.

I risultati degli eventuali studi potranno essere oggetto di pubblicazione scientifica, senza che si possa risalire all'identità dei singoli pazienti.

Resta inteso che ogni singolo studio in cui verrà utilizzato il materiale ottenuto dovrà essere preventivamente approvato dal Comitato tecnico Scientifico dell'ente e dal Comitato Etico.

La presente accettazione non autorizza l'effettuazione di studi genetici e/o molecolari che possano specificamente individuare il paziente, studi per i quali saranno necessari consensi specifici.

Dichiaro inoltre di aver ricevuto dal Dottor _____ che mi ha sottoposto il presente modulo, esaurienti spiegazioni in merito al prelievo in oggetto che rientra comunque nel normale iter diagnostico terapeutico previsto per la patologia per la quale sono stato ricoverato.

Dichiaro altresì di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver posto tutte le domande che ho ritenuto necessarie e di aver ricevuto risposte soddisfacenti, come pure di aver avuto la possibilità di consultare una persona di mia fiducia.

Data _____ FIRMA _____