

Consenso alla partecipazione a una sperimentazione clinica

CTIS number: 2024-516208-41-00

Titolo della sperimentazione clinica

The Intensive Care Platform Trial

Dichiarazione del/della partecipante

Ho ricevuto informazioni sia scritte sia orali e ritengo di essere stato/a adeguatamente informato/a in merito alle finalità, alle modalità di svolgimento, ai benefici e ai possibili rischi della sperimentazione, in misura sufficiente per decidere di partecipare. Sono consapevole che la partecipazione è volontaria e che posso revocare il mio consenso in qualsiasi momento, senza che ciò comporti la perdita del diritto alle cure attuali o future. Acconsento pertanto a partecipare alla sperimentazione clinica e dichiaro di aver ricevuto copia del presente modulo di consenso, nonché copia dell'informativa scritta relativa alla sperimentazione, per mio uso personale.

Nome del/della partecipante: _____

Data: _____

Firma: _____

Dichiarazione del personale di ricerca che ha fornito le informazioni

Dichiaro che il/la partecipante ha ricevuto informazioni sia orali sia scritte in merito alla sperimentazione clinica. A mio giudizio, sono state fornite informazioni sufficienti per consentire una decisione consapevole sulla partecipazione alla sperimentazione.

Nome della persona che ha fornito le informazioni:

Data: _____

Firma: _____