
Consenso informato alla partecipazione espresso dal familiare

CTIS number: 2024-516208-41-00

Titolo della sperimentazione clinica

The Intensive Care Platform Trial

Dichiarazione della persona che fornisce il consenso per conto del paziente

Ho ricevuto informazioni sia scritte sia orali e sono adeguatamente informato/a in merito alle finalità e ai contenuti della sperimentazione clinica, inclusi i relativi benefici e possibili svantaggi, in misura sufficiente per poter esprimere il mio consenso. Comprendo che la partecipazione è volontaria e che posso revocare il mio consenso in qualsiasi momento, senza che ciò influisca sui diritti attuali o futuri del mio familiare in merito alle cure. Acconsento alla partecipazione alla sperimentazione clinica della persona sottoindicata e dichiaro di aver ricevuto copia del presente modulo di consenso nonché copia dell'informativa scritta relativa alla sperimentazione clinica per mio uso personale.

Nome del/della partecipante:

Informazioni sul mio rapporto di parentela con il/la partecipante:

Nome del/della familiare che fornisce il consenso per conto del paziente:

Data: _____ Firma: _____

Dichiarazione del personale di ricerca che ha fornito le informazioni

Dichiaro che il familiare ha ricevuto informazioni sia orali sia scritte in merito alla sperimentazione clinica. A mio giudizio, sono state fornite informazioni sufficienti a consentire una decisione consapevole in merito alla partecipazione del/della paziente alla sperimentazione clinica.

Nome della persona che ha fornito le informazioni:

Data: _____ Firma: _____