
Consenso informato alla partecipazione fornito da un familiare

CTIS number: 2024-516208-41-00

Titolo dello studio clinico: The Intensive Care Platform Trial (INCEPT)

Sottostudio (domain): INCEPT-Tromboprofilassi

Dichiarazione della persona che fornisce il consenso per delega

Ho ricevuto informazioni sia scritte sia orali e sono sufficientemente informato/a riguardo allo scopo e ai contenuti dello studio clinico, inclusi benefici e possibili svantaggi, per fornire il mio consenso. Comprendo che la partecipazione è volontaria e che posso ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza che ciò influisca sui diritti attuali o futuri del mio familiare alle cure. Acconsento alla partecipazione della persona sottoindicata allo studio clinico e ho ricevuto una copia del presente modulo di consenso, nonché una copia dell'informativa scritta sullo studio clinico per mio uso personale.

Nome del/della partecipante: _____

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

Nome del familiare che fornisce il consenso per delega:

Data: _____ Firma: _____

Dichiarazione del personale di ricerca che ha fornito le informazioni

Dichiaro che il familiare ha ricevuto informazioni sia orali sia scritte riguardo allo studio clinico. A mio giudizio, sono state fornite informazioni sufficienti per consentire una decisione in merito alla partecipazione del/della paziente allo studio clinico.

Nome della persona che ha fornito le informazioni:

Data: _____ Firma: _____