

Modulo di consenso

Per il consenso del paziente alla pubblicazione di immagini e/o informazioni che lo riguardano nelle pubblicazioni di World Journal and Clinical cases.

Nome del paziente:

Tipo di rapporto con il paziente (se non è il paziente a firmare il presente modulo):

Descrizione di foto, immagini, testi o altro materiale (Materiale) riguardanti il paziente. Una copia del Materiale deve essere allegata al presente modulo:

Titolo provvisorio dell'articolo in cui sarà incluso il Materiale:

CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ [NOME COMPLETO IN STAMPATELLO] esprimo il mio consenso all'inclusione del materiale riguardante la mia persona/il paziente in una pubblicazione World J Clin cases.

Io sottoscritto/a confermo quanto segue: (barrare le caselle per confermare)

- ☒ di avere preso visione di foto, immagini, testi o altro materiale riguardanti la mia persona/il paziente;
- ☒ di avere letto l'articolo da presentare a World J Clin cases;
- ☒ di essere legalmente autorizzato/a a esprimere il presente consenso.

Io sottoscritto/a prendo atto di quanto segue:

- (1) che il Materiale sarà pubblicato senza fare menzione del mio nome/del nome del paziente, pur consapevole di non poter avere garanzia di un completo anonimato; che sussiste la possibilità che qualcuno in qualsiasi luogo, ad esempio, qualcuno che si prende cura di me/del paziente o un familiare, possa riconoscere me/il paziente;
- (2) che il Materiale potrebbe mostrare o includere dettagli della condizione medica o lesione relativa alla mia salute/alla salute del paziente, nonché eventuali prognosi, trattamenti o interventi chirurgici riguardanti la mia persona/il paziente in passato, al momento presente o in futuro;
- (3) che l'articolo potrebbe essere pubblicato su una rivista con distribuzione a livello mondiale; che le pubblicazioni di World J Clin cases sono prevalentemente destinate a medici o altro personale sanitario, ma che sono viste anche da molte altre persone, tra cui accademici, studenti e giornalisti;
- (4) che l'articolo, incluso il Materiale, potrebbe essere oggetto di comunicati stampa e potrebbe essere accessibile mediante collegamenti ipertestuali su social network e/o utilizzato in altre attività promozionali; che l'articolo, una volta pubblicato, sarà incluso in un sito web e potrebbe essere disponibile anche su altri siti web;
- (5) che il testo dell'articolo sarà modificato per ragioni stilistiche, grammaticali e di coerenza terminologica prima della pubblicazione;

- (6) che la pubblicazione dell'articolo non comporterà alcun vantaggio economico alla mia persona/al paziente;
- (7) che l'articolo potrebbe essere utilizzato, in tutto o in parte, in altre pubblicazioni e altri prodotti pubblicati da World J Clin cases e/o da altri editori; ciò include la pubblicazione della versione in inglese e della relativa traduzione, in formato cartaceo, digitale e in qualsiasi altro formato che potrebbe essere utilizzato da World J Clin cases o da altri editori al momento presente o in futuro; che l'articolo potrebbe apparire in edizioni locali di riviste o altre pubblicazioni, pubblicate nel Regno Unito o all'estero;
- (8) di avere facoltà di revocare il mio consenso in qualsiasi momento antecedente alla pubblicazione dell'articolo, ma che una volta pubblicato ("andato in stampa") l'articolo, non sarà più possibile revocare il consenso;
- (9) Il presente modulo di consenso sarà conservato in modo sicuro e riservato da World J Clin cases in conformità alla legge, non oltre il tempo strettamente necessario.

Barrare le caselle per confermare:

- ☐ Acconsento al salvataggio dei miei dati di contatto da parte di World J Clin cases (anche al di fuori dello Spazio economico europeo [SEE]) al solo scopo di contattarmi, in caso di necessità futura.

Firmato: _____

Nome e cognome in stampatello: _____

Indirizzo: _____

Indirizzo e-mail: _____

N. di telefono: _____

Se si sta firmando per conto del paziente, indicare il motivo per cui il paziente non può esprimere il proprio consenso personalmente (ad es. il paziente è deceduto, è minorenne o soffre di un deficit cognitivo o intellettuale).

Data: _____

- ☐ *Se si sta firmando per conto di una famiglia o un altro gruppo, barrare la casella per confermare che tutti i membri rilevanti della famiglia o del gruppo sono stati informati.*

Se il paziente è un bambino di età pari o superiore a 7 anni, anche lui deve confermare il proprio consenso:

Firmato: _____

Nome e cognome in stampatello: _____

Data di nascita: _____

Data: _____

Dettagli della persona che ha spiegato e somministrato il modulo al paziente o al rispettivo rappresentante (ad es. l'autore addetto alla corrispondenza o un'altra persona avente l'autorità per ottenere il consenso).

Firmato: _____

Nome e cognome in stampatello: _____

Ruolo: _____

Indirizzo: _____

Istituto: _____

Indirizzo e-mail: _____

N. di telefono: _____

Data: _____