

CONSENSO INFORMATO

Versione 2.0 del 15 gennaio 2017

Titolo dello studio: Validazione di una metodica non invasiva in grado di diagnosticare l'infezione da H. pylori mediante la ricerca del DNA specifico sulle feci e di guidare la terapia eradicante

Io sottoscritto..... GIUSEPPE LOSURDO.....
Nato a..... BARI..... Prov..... BARI.....
il..... 12/11/19 88.....
e residente a..... ACQUAVIVA DELLE FONTI.....
Prov..... BARI.....

- Avendo letto e compreso il modulo informativo relativo allo studio in oggetto e avendo avuto la possibilità di chiedere ed ottenere tutti i chiarimenti che ritenevo necessari dal medico che mi ha preso in cura c/o l'Ospedale;
- Consapevole che la mia partecipazione è volontaria e che sono libero di ritirarmi in qualsiasi momento, senza dover fornire alcun motivo e senza che la mia decisione influisca sulle mie cure mediche o sui miei diritti;
- Consapevole che tutti i risultati ottenuti dalle analisi molecolari, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale;
- Consapevole che i trattamenti per l'eradicazione dell'H. pylori sono conformi alle raccomandazioni delle Linee Guida Internazionali e comunemente impiegati nella pratica clinica;
- Letta l'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003:

acconsento a sottopormi ad UBT

NO

acconsento all'analisi molecolare su materiale fecale per la diagnosi di infezione da H. pylori

NO

- | | | |
|--|-------------------------------------|----|
| acconsento all'analisi molecolare su materiale fecale per la ricerca delle resistenze agli antibiotici | <input checked="" type="checkbox"/> | NO |
| acconsento a sottopormi al trattamento prescritto per la cura dell'infezione, se presente | <input checked="" type="checkbox"/> | NO |
| autorizzo che i miei dati antropometrici e i dati di laboratorio vengano elaborati a fini statistici | <input checked="" type="checkbox"/> | NO |
| desidero essere informato sui risultati delle indagini eseguite | <input checked="" type="checkbox"/> | NO |
| desidero rendere partecipi i miei familiari circa i risultati delle indagini eseguite | <input checked="" type="checkbox"/> | NO |

~~_____~~

Nome e Cognome del paziente (stampatello)

~~_____~~

Firma del paziente



Firma del Medico Sperimentatore

18/04/2017

Data