

Prot.n. [redacted] del [redacted]

[redacted]

Oggetto: autorizzazione per la pubblicazione di un caso clinico.

La sottoscritta, [redacted] nata a [redacted] in data [redacted], presta al Dott. [redacted] ed al suo team dell' [redacted] il consenso informato alla pubblicazione, riproduzione e distribuzione del caso clinico allegato relativo alla "Massa atriale incidentale". Sono a conoscenza che il caso clinico non menziona il mio nome o indirizzo, ma riflette la mia gestione clinica, il genere, l'età e l'anamnesi.

Mi è stato detto che gli autori hanno pianificato di sottoporre il caso clinico per la pubblicazione su una rivista medica a scopo di aggiornamento scientifico.

Non sono stata pagata in alcun modo per lo studio clinico, come sopra descritto. Non ho ricevuto alcun compenso o retribuzione in relazione a tale pubblicazione o utilizzo.

Non sono obbligata a firmare questo modulo e posso rifiutare di farlo. Il mio trattamento medico e la spesa per le mie cure mediche non saranno influenzati dalla decisione di firmare o meno questo modulo. Potrò in qualsiasi momento in futuro ritirare l'autorizzazione a questo consenso informato, ma ciò non riguarderà informazioni che già sono state condivise o pubblicate. Questa autorizzazione non ha una data di scadenza.

Distinti saluti

[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

[redacted]

UOSD di [redacted]

[redacted]

Firma del medico [redacted]

[redacted]