



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
 OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
 Piazza Giulio Cesare, n° 11 – 70124 BARI

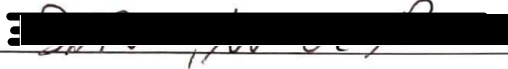


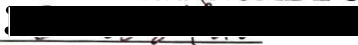
UNITA' OPERATIVA DI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 DIP. METODOLOGIA CLINICA TECNOLOGIE MEDICO-CHIRURGICHE
Direttore: Prof. Biagio Moretti
 Segreteria: Tel 080 559.2715
 Reparto: Tel 080 559.2013 / 3054 - Fax 080 559.3213
 Day Hospital: Tel 080 559.2984

Luogo, Data,  Firma del paziente

Luogo, Data, .../.../... Firma del Rappresentante Legale.....
 (se appropriato)

ESPRESSIONE DEL CONSENSO – STUDIO SPERIMENTALE

Luogo e data 

Io sottoscritto/a (NOME E COGNOME)  nato il


Dichiaro

di accettare la proposta di partecipare al suddetto studio SPERIMENTALE FEMUR-THA . Sono stato/a adeguatamente informato/a circa gli scopi dello studio e le metodiche dello stesso, in particolare sono consapevole della necessità di osservare le indicazioni e le regole che mi sono state illustrate e che ho perfettamente compreso. Sono a conoscenza dei benefici che mi possono derivare dalla partecipazione allo studio, ma anche degli eventuali rischi e di tutti i disagi connessi. Sono consapevole che in qualsiasi momento potrò sospendere la mia partecipazione allo studio, senza obbligo da parte mia di motivare la decisione, a meno che la stessa non derivi dalla comparsa di disturbi o effetti indesiderati o non previsti, nel qual caso mi impegno sin da ora a comunicarne tempestivamente al medico natura ed entità. Dichiaro che il mio consenso è espressione di una libera decisione, non influenzata da promesse di denaro o di altri benefici, né da obblighi di gratitudine o di amicizia e/o parentela nei confronti del medico responsabile dello studio

- ☒ acconsento
☐ non acconsento

l'utilizzo e la divulgazione, in forma anonima e per sole finalità scientifiche e amministrative e nell'osservanza delle vigenti norme sulla tutela della riservatezza, dei risultati dello studio osservazionale, compresi i dati clinici che mi riguardano.

Luogo e Data

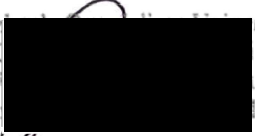


Firma del Paziente



Luogo e Data

Firma del Medico


 Az. Ospedaliera Policlinico Bari
 U.O. Ortopedia e Traumatologia
 Reparto: MORETTI