

MODULO INFORMATIVO PER IL SOGGETTO IN STUDIO

**AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO - UNIVERSITÀ
"FEDERICO II" DI NAPOLI**

SCHEDA INFORMATIVA RELATIVA ALLO STUDIO:

"Validazione della BICAMS in età pediatrica"

CARO RAGAZZO/A,

TI PROPONIAMO DI PARTECIPARE A UNA RICERCA SCIENTIFICA CHE HA LO SCOPO DI RACCOGLIERE DATI DA UNA POPOLAZIONE SANA (OVVERO DI SOGGETTI NON AFFETTI DA ALCUNA PATOLOGIA NEUROLOGICA), PARAGONABILE PER ETÀ, SESSO E SCOLARITÀ AL NOSTRO GRUPPO DI PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI MULTIPLA, AL FINE DI VALUTARE CON MAGGIORE OGGETTIVITÀ E ATTENDIBILITÀ LA PRESENZA E L'ENTITÀ DEL DEFICIT COGNITIVO CONNESSO A TALE PATOLOGIA.

LO SCOPO DI QUESTO DOCUMENTO E' DI SPIEGARTI QUELLO CHE COMPORTA LA PARTECIPAZIONE A QUESTA RICERCA COSICCHE' POTRAI DECIDERE SE PRENDERNE PARTE E DARE L'ASSENSO FIRMANDO IL DOCUMENTO. ANCHE I TUOI GENITORI (O IL TUO RAPPRESENTANTE LEGALE) DOVRANNO FIRMARE UN MODULO DI CONSENSO SEPARATO PER PERMETTERTI LA PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO.

COSA COMPORTERA' LA TUA PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO E CHE COSA DOVRAI FARE?

IL PERMESSO DEI TUOI GENITORI ED IL TUO ASSENSO SONO NECESSARI PERCHE' TU POSSA PRENDERE PARTE ALLO STUDIO.

LO STUDIO PREVEDE LO SVOLGIMENTO DI ALCUNI TEST CHE MISURANO FUNZIONI COGNITIVE QUALI MEMORIA, ATTENZIONE, LINGUAGGIO.

RISCHI NEL PARTECIPARE.
NON SONO PREVISTI RISCHI.

COSA SUCCEDDE SE DECIDI DI NON PARTECIPARE O DI RITIRARTI DALLO STUDIO?

SIA TU CHE I TUOI GENITORI DOVETE CONCORDARE SE PRENDERAI PARTE A QUESTA RICERCA OPPURE NO.

SE DECIDI DI NON PARTECIPARE, I TUOI GENITORI RISPETTERANNO QUESTA SCELTA.

PUOI RITIRARTI DALLO STUDIO IN QUALSIASI MOMENTO.

COME VERRANNO GESTITI I TUOI DATI PERSONALI?

I TUOI GENITORI FIRMERANNO UN DOCUMENTO CHE LI INFORMA CIRCA IL TRATTAMENTO CHE SUBIRANNO I TUOI DATI PERSONALI.

IL MEDICO DELLO STUDIO TI IDENTIFICHERA' CON UN CODICE NUMERICO E SOLTANTO LUI E IL PERSONALE AUTORIZZATO POTRANNO COLLEGARE TALE NUMERO AL TUO NOME.

CHI DEVO CONTATTARE NEL CASO IN CUI AVESSI BISOGNO DI ULTERIORI INFORMAZIONI O DI AIUTO?

NEL CASO IN CUI AVESSI BISOGNO DI ULTERIORI CHIARIMENTI CHIEDI ALLA PROF.SSA ROBERTA LANZILLO, tel 0817463162-email roberta.lanzillo@unina.it.

ASSENSO SCRITTO DEL MINORENNE

Accetto di partecipare allo studio in accordo a quanto mi è stato spiegato dal mio genitore/tutore riconosciuto e dal medico

Nome e cognome del minore (in stampatello)

Firma del minore

Data