**SCHEDA INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI ASSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DEL BAMBINO/DELLA BAMBINA ALLO STUDIO DAL TITOLO:………….**

*(in corsivo le indicazioni per la redazione)*

**Perché i medici fanno gli studi di ricerca?**

Gli studi servono per permettere ai medici di conoscere meglio le malattie e come curarle.

In questo modo si potranno aiutare sempre più persone a stare bene e a guarire.



**Perché i medici di questo reparto stanno facendo questo studio?**

I medici di questo reparto ti chiedono di partecipare a questo studio perché insieme alla tua famiglia pensano così di capire meglio …



**Cosa accadrà durante questo studio?**

**ESEMPIO**



**Lo studio comporterà ……**

*Andranno esplicitati in modo semplice e comprensibile gli elementi che caratterizzano lo studio e le procedure previste*

**Cosa può accadere di buono?**

I ***benefici*** di uno studio sono le cose buone che possono accadere alle persone che partecipano

*(Specificare gli eventuali benefici)*





**Che problemi o che fastidi potresti avere?**

*Descrizione semplice e comprensibile dei possibili problemi/fastidi associati allo studio, sottolineando che verrà fatto tutto il possibile per evitare o ridurre questi problemi*



Se vuoi, puoi chiedere al tuo medico dell’ospedale di spiegarti meglio tutto quello che non hai capito bene.





Insieme ai tuoi genitori puoi decidere se partecipare a questo studio oppure no. Se deciderai di partecipare ma in futuro cambierai idea potrai decidere di abbandonare lo studio in qualsiasi momento.

Avrai comunque sempre tutte le cure necessarie, sia che partecipi sia che non partecipi allo studio.

Se decidete di partecipare, devi scrivere qui sotto il tuo nome.

Poi, il tuo dottore dell’ospedale metterà anche il suo nome.



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data/ora | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Scrivi il tuo nome in stampatello qui se desideri partecipare allo studio |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data/ora | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma di chi ha condotto la discussione  |

Note: 1 copia per il partecipante, 1 copia per il/la responsabile dello studio e 1 copia da tenere nella cartella clinica (se pertinente)