

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Titolo dello Studio:

### **Analisi della qualità di vita dei pazienti con enterostomia temporanea prima e dopo la ricanalizzazione**

#### **Dichiarazione del medico**

Io sottoscritto, dottor \_\_\_\_\_,

dichiaro di aver compiutamente informato il paziente

\_\_\_\_\_ su:

scopo e procedure dello studio; caratteristiche dei questionari; facoltà di rifiuto senza obbligo di motivazione e senza che alcun danno ne derivi; diritto di consultare in proposito una persona di fiducia; confidenzialità (legge n. 675/96, art. 10, sulla tutela dei dati personali).

Firma del medico: \_\_\_\_\_

#### **Dichiarazione del paziente**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

dichiaro di aver ricevuto dal responsabile di questo studio clinico tutte le informazioni relative alla mia partecipazione.

In particolare sono stato informato circa:

scopo dello studio; procedure che mi coinvolgeranno; caratteristiche dei questionari che mi saranno sottoposti; facoltà di rifiutare di partecipare allo studio senza obbligo di motivazione e senza che alcun danno me ne derivi; diritto di consultare in proposito una persona di fiducia; confidenzialità (legge n. 675/96, art. 10, sulla tutela dei dati personali).

Dichiaro di partecipare allo studio liberamente e di mia volontà.

Firma del paziente: \_\_\_\_\_

Firma del testimone: \_\_\_\_\_

Nome e qualifica del testimone: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_