

Consenso informato - Modulo abbreviato
Informed Consent – Short Form - OHR-8S (Italian)
Version Date – FOR OHR USE: 11/4/2019

Investigatore principale:
 (Principal Investigator)

Telefono:
 (Telephone)

Le viene chiesto se desidera partecipare a uno studio di ricerca. Prima di decidere, le deve essere detto:

- Il titolo dello studio
- Cosa rende questo uno studio di ricerca e come differisce da cure mediche ordinarie
- Lo scopo della ricerca
- Per quanto tempo parteciperà allo studio
- Che procedure verranno eseguite, comprese eventuali procedure sperimentali
- I possibili rischi (compreso i rischi riproduttivi) e i possibili benefici
- Le alternative alla partecipazione
- Quali informazioni e campioni sanitari saranno raccolti e come saranno usati e condivisi
- Come verrà protetta la sua riservatezza
- Compensi e cure che saranno disponibili per tutti i possibili danni derivanti dalla ricerca (se superiori a un rischio minimo)
- Informazioni di contatto
- La volontarietà della sua partecipazione - Può scegliere di non prendere parte o interrompere senza penalizzazione

Quando si applica quanto segue, le devono essere comunicati:

- Rischi imprevedibili per il soggetto (compreso i rischi riproduttivi)
- La possibilità che lo studio termini anticipatamente senza il suo consenso e le procedure nel caso questo succeda
- Costo e pagamento (se vi è un pagamento)
- Essere informato dei risultati di qualsiasi test o studio e delle nuove informazioni che possono essere connesse alla sua disponibilità a continuare a partecipare
- Il numero dei partecipanti a questo studio

Per domande al riguardo:	Persona o ufficio	Informazioni di Contatto
Questo studio e le questioni mediche ad esso connesse, compreso le cure e il compenso	Investigatore principale: (Principal Investigator)	Numero di telefono: (Phone Number)
	Investigatore: (Investigator)	Numero di telefono: (Phone Number)
Se ha bisogno di contattare qualcuno diverso dal personale coinvolto nello studio riguardo a un dubbio sui suoi diritti come soggetto di una ricerca	Personale non coinvolto nello studio (Non-Study Personnel) (Note: These are Jefferson IRB numbers. Use numbers for other impartial parties as necessary.)	215-503-0203 215-503-8966 215-955-4239

Partecipare dipende da lei. Può scegliere di non partecipare o di interrompere la ricerca successivamente senza penalizzazioni. Se decide di parteciparvi, deve firmare questo modulo. Le verrà data una copia di questo modulo e il foglio con le informazioni. Firmando questo modulo, conferma che le informazioni precedenti le sono state spiegate, che è stata data risposta soddisfacente a tutte le sue domande, e che lei acconsente volontariamente a partecipare a questo studio di ricerca.

 Nome in stampatello del partecipante
 (Printed Name of Participant)

 Firma del partecipante
 (Signature of Participant)

 Data
 (Date)

 Nome in stampatello del testimone
 (Printed Name of Witness)

 Firma del testimone
 (Signature of Witness)

 Data
 (Date)