

CENTRO MEDICO - LOYOLA UNIVERSITY  
MAYWOOD, ILLINOIS  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA

**CONSENSO A PARTECIPARE ALLA RICERCA  
DOCUMENTO DI CONSENSO SCRITTO IN VERSIONE RIDOTTA PER SOGGETTI  
CHE NON PARLANO INGLESE**

Nome del Partecipante: \_\_\_\_\_

Numero di registrazione medica: \_\_\_\_\_

**Protocollo: IRB#:** \_\_\_\_\_

Vi è stato chiesto di partecipare a uno studio di ricerca.

Prima che diate il vostro consenso, il vostro medico ha l'obbligo di spiegarvi gli scopi, le procedure e la durata della ricerca; eventuali procedure sperimentali; eventuali potenziali rischi, disagi e vantaggi della ricerca; eventuali vantaggi potenziali di altri tipi di procedure o trattamenti; e il modo in cui le informazioni verranno mantenute confidenziali.

Se del caso, il ricercatore dovrà anche dirvi se vi sono risarcimenti o trattamenti medici disponibili nel caso in cui si verificano lesioni; i rischi potenziali; le circostanze in cui il ricercatore potrà interrompere la vostra partecipazione; eventuali costi aggiuntivi a vostro carico; cosa succede se deciderete di interrompere la vostra partecipazione; quando vi saranno comunicate nuove scoperte che potrebbero influenzare la vostra volontà di partecipare; e quante persone parteciperanno allo studio.

Se darete il vostro consenso a partecipare, vi dovrà essere consegnata una copia firmata di questo documento e un riassunto scritto della ricerca in lingua inglese.

Potete contattare \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_ in qualsiasi momento abbiate domande riguardo alla ricerca.

Potete contattare \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_ se avete domande relativamente ai vostri diritti come soggetto partecipante alla ricerca o in relazione a cosa fare se subite delle lesioni.

La vostra partecipazione a questa ricerca è volontaria, e non subirete penalizzazioni né perderete vantaggi se rifiuterete di partecipare o deciderete di interrompere la vostra partecipazione.

Firmando questo documento dichiarate che vi sono stati descritti verbalmente lo studio di ricerca e le informazioni di cui sopra, e dichiarate la vostra spontanea volontà a partecipare.

---

Firma del Partecipante, data

---

Firma del Testimone, data