# Consenso alla partecipazione a uno studio di ricerca

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo dello studio | [study title] |
| Ricercatore principale | [full PI name] |
| Nome dello sponsor | [full sponsor name] |
| Periodo di approvazione IRB | [IRB approval period mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy] |
| Numero della ricerca | [Study#] |

Ti è stato richiesto di partecipare a uno studio di ricerca. Ti è stato comunicato lo studio di ricerca elencato precedentemente nella tua lingua: Inglese.

Ti sono state riferite le seguenti informazioni:

* Perché si sta svolgendo lo studio e cosa dovrai fare durante lo studio
* Quali parti dello studio compongono la ricerca e per quanto tempo farai parte dello studio
* Rischi, vantaggi o problemi apportati dalla ricerca per te o per gli altri
* Altri trattamenti di cui puoi usufruire se non partecipi allo studio
* Chi può visualizzare la documentazione dello studio
* Modalità di riservatezza previste per la documentazione dello studio

In caso di infortunio durante lo studio, riceverai assistenza sanitaria e prestazioni mediche dalla NYU Langone Health. Tuttavia, tali trattamenti saranno a pagamento, diretto o tramite copertura assicurativa sanitaria e/o altre forme di copertura medica. Non riceverai compensi in denaro.

In caso di domande sullo studio, sugli effetti collaterali o sulle possibili lesioni causate dalla ricerca è possibile contattare [name of person or department] al numero [phone number].

Nel caso in cui necessiti di cure di emergenza, chiama il 911 o rivolgiti ad un pronto soccorso

Nel caso di dubbi sui tuoi diritti come soggetto di ricerca puoi rivolgerti all’*Office of the Institutional Review Board* (IRB) al numero 212-263-4146. L’IRB è un comitato che supervisiona le ricerche effettuate presso
il nostro istituto.

Ti verrà consegnata una copia firmata di questo modulo di consenso. Inoltre, riceverai un riepilogo scritto relativo alla ricerca.

La partecipazione allo studio è volontaria. Puoi cambiare idea in merito alla partecipazione allo studio
in qualsiasi momento, senza che le cure presso il nostro istituto vengano compromesse.

La firma del presente modulo significa che la ricerca è stata descritta a voce, incluse le informazioni sopra,
e che si dà il consenso volontario a partecipare allo studio.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oggetto** | **(nome in stampatello)** | **Data** |  |
| Firma |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Testimone/Interprete** | **(nome in stampatello)** | **Data** |  |
| Firma |  |