



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

UOC Clinica Neurologica
Direttore: Prof. Rocco Liguori



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE E NEUROMOTORIE

PATIENT CONSENT FORM FOR CAPABLE ADULTS

(last update 13th June 2019)

Title of Research Study: TELE-EPIC (TELEmedicine - for EPilepsy Care) - Telemedicina in epilessia

Telemedicine with mobile internet devices for innovative care of patients with epilepsy

Principal Investigator: Dr. Laura Licchetta

I, the undersigned,.....
born in..... on.....
(home address) city....., street....., number.....
telephone number....., e-mail.....

hereby declare that

- I received comprehensive information about the study, in particular as concerns its aims and procedures;
- I had the opportunity to ask questions and I received satisfactory answers;
- I have read and understood all the information provided on the patient information leaflet, which I received with adequate notice;
- I voluntarily agree to participate in this study and I understand I can withdraw at any time without giving explanations and without affecting any future treatment;
- I understand that in case I withdraw my consent the data collected before my withdrawal will continue to be processed by researchers;
- I will provide my GP with the letter about the study.

It follows that:

- I freely agree to participate in this research study
 - I agree to be contacted in the future for providing new information and about other research studies
- YES NO

Name and Surname.....

Date.....Signature.....

Name of person taking the consent.....

Date.....Signature.....

Please Note: 1 copy for the participant, 1 copy for the principal investigator and 1 copy for the medical record

U.O.C. Clinica Neurologica
Via Altura, 3 - 40139 Bologna
Tel.+39.051.4966964 - Fax +39.051.4966176

Azienda USL di Bologna
Sede Legale: Via Castiglione, 29 - 40124 Bologna
Tel. +39.051.6225111 fax +39.051.6584923
Codice fiscale e Partita Iva 02406911202

**MODULO DI CONSENSO
PER IL PAZIENTE ADULTO E CAPACE**
(Versione del 13/06/2019)

Titolo dello studio: TELE-EPIC (TELEmedicine - for EPilepsy Care) - Telemedicina in epilessia
Telemedicine with mobile internet devices for innovative care of patients with epilepsy

Sperimentatore responsabile: Dr.ssa Laura Licchetta

Io sottoscritto/a.....
nato/a a..... il.....
residente a....., via....., n.....
telefono....., e-mail.....

dichiaro di

- aver ricevuto esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione allo studio, in particolare sulle finalità e sulle procedure;
- aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte soddisfacenti;
- aver letto e compreso il foglio informativo che mi è stato consegnato con sufficiente anticipo;
- aver compreso che la partecipazione è volontaria e che potrò ritirarmi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza che ciò influenzi la mia futura assistenza;
- essere consapevole che, se ritirerò il mio consenso, i dati raccolti prima del ritiro del consenso saranno utilizzati dal ricercatore;
- farmi carico della consegna al mio medico di medicina generale della lettera riguardante lo studio.

Conseguentemente a queste dichiarazioni:

- accetto liberamente di partecipare allo studio
- accetto di essere ricontattato/a in futuro per fornire nuove informazioni o per essere informato circa la disponibilità di nuovi studi SI NO

Nome e Cognome.....

Data.....Firma.....

Nome della persona che raccoglie il consenso.....

Data.....Firma.....

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