

Modulo di consenso

Per il consenso del paziente alla pubblicazione di immagini e/o informazioni che lo riguardano nelle pubblicazioni BMJ.

Nome del paziente: _____

Tipo di rapporto con il paziente (se non è il paziente a firmare il presente modulo): _____

Descrizione di foto, immagini, testi o altro materiale (**Materiale**) riguardanti il paziente. **Una copia del Materiale deve essere allegata al presente modulo:** _____

Titolo provvisorio dell'articolo in cui sarà incluso il Materiale: _____

CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ [NOME COMPLETO IN STAMPATELLO] esprimo il mio consenso all'inclusione del Materiale riguardante la mia persona/il paziente in una pubblicazione BMJ.

Io sottoscritto/a confermo quanto segue: (barrare le caselle per confermare)

- di avere preso visione di foto, immagini, testi o altro materiale riguardanti la mia persona/il paziente;
- di avere letto l'articolo da presentare a BMJ;
- di essere legalmente autorizzato/a a esprimere il presente consenso.

Io sottoscritto/a prendo atto di quanto segue:

- (1) che il Materiale sarà pubblicato senza fare menzione del mio nome/del nome del paziente, pur consapevole di non poter avere garanzia di un completo anonimato; che sussiste la possibilità che qualcuno in qualsiasi luogo, ad esempio, qualcuno che si prende cura di me/del paziente o un familiare, possa riconoscere me/il paziente;
- (2) che il Materiale potrebbe mostrare o includere dettagli della condizione medica o lesione relativa alla mia salute/alla salute del paziente, nonché eventuali prognosi, trattamenti o interventi chirurgici riguardanti la mia persona/il paziente in passato, al momento presente o in futuro;
- (3) che l'articolo potrebbe essere pubblicato su una rivista con distribuzione a livello mondiale; che le pubblicazioni di BMJ sono prevalentemente destinate a medici o altro personale sanitario, ma che sono viste anche da molte altre persone, tra cui accademici, studenti e giornalisti;
- (4) che l'articolo, incluso il Materiale, potrebbe essere oggetto di comunicati stampa e potrebbe essere accessibile mediante collegamenti ipertestuali su social network e/o utilizzato in altre attività promozionali; che l'articolo, una volta pubblicato, sarà incluso in un sito web e potrebbe essere disponibile anche su altri siti web;
- (5) che il testo dell'articolo sarà modificato per ragioni stilistiche, grammaticali e di coerenza terminologica prima della pubblicazione;

- (6) che la pubblicazione dell'articolo non comporterà alcun vantaggio economico alla mia persona/al paziente;
- (7) che l'articolo potrebbe essere utilizzato, in tutto o in parte, in altre pubblicazioni e altri prodotti pubblicati da BMJ e/o da altri editori; ciò include la pubblicazione della versione in inglese e della relativa traduzione, in formato cartaceo, digitale e in qualsiasi altro formato che potrebbe essere utilizzato da BMJ o da altri editori al momento presente o in futuro; che l'articolo potrebbe apparire in edizioni locali di riviste o altre pubblicazioni, pubblicate nel Regno Unito o all'estero;
- (8) di avere facoltà di revocare il mio consenso in qualsiasi momento antecedente alla pubblicazione dell'articolo, ma che una volta pubblicato ("andato in stampa") l'articolo, non sarà più possibile revocare il consenso;
- (9) Il presente modulo di consenso sarà conservato in modo sicuro e riservato da BMJ in conformità alla legge, non oltre il tempo strettamente necessario.

Barrare le caselle per confermare:

- Acconsento al salvataggio dei miei dati di contatto da parte di BMJ (anche al di fuori dello Spazio economico europeo [SEE]) al solo scopo di contattarmi, in caso di necessità futura.
- Laddove il presente consenso sia correlato a un articolo incluso nelle *Relazioni su casi di studio di BMJ*, io sottoscritto/a ho/il paziente ha avuto la possibilità di commentare l'articolo, nonché di ricevere risposte soddisfacenti ai commenti che, ove pertinenti, sono stati inclusi nell'articolo.

Firmato: _____

Nome e cognome in stampatello: _____

Indirizzo: _____

Indirizzo e-mail: _____

N. di telefono: _____

Se si sta firmando per conto del paziente, indicare il motivo per cui il paziente non può esprimere il proprio consenso personalmente (ad es. il paziente è deceduto, è minorenne o soffre di un deficit cognitivo o intellettuale).

Data: _____

- Se si sta firmando per conto di una famiglia o un altro gruppo, barrare la casella per confermare che tutti i membri rilevanti della famiglia o del gruppo sono stati informati.

Se il paziente è un bambino di età pari o superiore a 7 anni, anche lui deve confermare il proprio consenso:

Firmato: _____

Nome e cognome in stampatello: _____

Data di nascita: _____

Data: _____

Dettagli della persona che ha spiegato e somministrato il modulo al paziente o al rispettivo rappresentante (ad es. l'autore addetto alla corrispondenza o un'altra persona avente l'autorità per ottenere il consenso).

Firmato: _____

Nome e cognome in stampatello: _____

Ruolo: _____

Indirizzo: _____

Istituto: _____

Indirizzo e-mail: _____

N. di telefono: _____

Data: _____