**FOGLIO DI CONSENSO INFORMATO**

**STUDIO PROCaRe**

**Risultati riportati dal paziente dopo chirurgia per cancro del retto**

‘Patient Reported Outcomes following Cancer of the Rectum’ (PROCaRe)

**Coordinatore locale**: inserire nome e congnome

Nome del paziente:

* Confermo di aver ricevuto il foglio informative dello studio. Ho avuto la possibilità di leggere e riflettere sulle informazioni ricevute, formulare domande e ho ricevuto delle risposte soddisfacenti.
* Comprendo che la mia partecipazione allo studio è volontaria e di essere libero/a di ritirarmi in qualsiasi momento e senza fornire alcuna ragione, senza che le cure a cui sono sottoposto/a siano modificate.
* Comprendo che non sarò identificato/a in nessun report o pubblicazione derivante dallo studio.
* Comprendo che delle informazioni che saranno raccolte dalla mia cartella clinica dai membri del team di ricerca locale. Questi dati saranno anonimi. Do il consenso a che la miei dati clinici siano esaminati.
* Acconsento che il mio medico di famiglia sia informato che partecipo allo studio.
* Comprendo che non avrò benefici finanziari dal partecipare a questo studio.

Nome del partecipante Data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome del ricercatore che raccoglie il consenso Data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_