**CONSENSO INFORMATO**

**RADAC “Idiophatic Normal Pressure Hydrocephalus Associated with Parkinsonism: clinical subtypes and response to shunting” (NPH-Park Study)**

**Promotore**: Fondazione LIMPE per il Parkinson Onlus

**Responsabile Centro promotore e coordinatore dello studio**: U.O.C. Clinica Neurologica – Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico “G. Rodolico – San Marco”, con sede in Catania, Via Santa Sofia 78 (95123), in persona del Prof. Mario Zappia – m.zappia@unict.it

**Responsabile del Centro cui lei afferisce**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gentile paziente,

Le viene chiesto di partecipare a un progetto di ricerca medica che non prevede alcuna elargizione di compensi in favore dei partecipanti. Questo modulo è stato concepito per informarla su tutto ciò che deve conoscere prima di dare il suo consenso. La partecipazione al progetto è una sua libera scelta; se decide di aderire è possibile cambiare idea in seguito e ritirarsi. La decisione di aderire o di non aderire al progetto non le farà perdere alcun beneficio medico. Se decide di non prendere parte a questo progetto, il personale medico continuerà ad occuparsi di lei.

➢ Si prega di leggere attentamente il modulo informativo allegato a questo consenso o di farlo leggere per lei;

➢ Si prega di ascoltare il personale medico che le illustrerà i dettagli dello studio;

➢ Si prega di chiedere chiarimenti su tutto ciò che non è chiaro;

➢ Si senta libero di portare a casa una copia non firmata di questo modulo; ha tutto il tempo per pensarci e parlarne con la famiglia o con amici.

Se accetta di partecipare a questo progetto di ricerca, riceverà una copia firmata del presente modulo di consenso. Non firmi il modulo a meno che non abbia avuto la possibilità di porre domande e di ottenere risposte esaurienti. Con la sottoscrizione del presente modulo non rinuncerà in nessun caso a qualsiasi diritto a Lei riservato. Lei avrà la possibilità di ritirare la propria partecipazione al progetto in qualunque momento, senza fornire alcuna motivazione e senza che questo possa pregiudicare il rapporto medico-paziente con gli specialisti coinvolti nel progetto. Può inoltre chiedere la cancellazione dei dati raccolti fino a quel momento, facendone richiesta esplicita - in forma scritta - al responsabile del centro cui Lei afferisce e che L’ha inclusa nel progetto.

All’atto di richiedere la cancellazione dei dati, Lei potrà precisare se desidera: **(i)** che tutti i dati raccolti sino a quel momento, relativi alla Sua persona, vengano cancellati, ovvero **(ii)** che i dati medesimi, raccolti sino alla comunicazione di revoca del consenso, vengano comunque mantenuti all’interno della Raccolta, con semplice interruzione delle attività di raccolta dei dati a decorrere dall’esercizio della revoca.

Se ha domande su questo studio o dubbi, o reclami, sulla ricerca può contattare il responsabile del suo centro, o il responsabile dello studio, Prof. Mario Zappia – m.zappia@unict.it.

Ho letto questo modulo di consenso e il foglietto informativo allegato (o è stato letto a me).

Tutte le mie domande circa lo studio e la mia parte in esso sono state soddisfatte.

Ho liberamente acconsentito di aderire a questo progetto di ricerca.

Firmando questo modulo di consenso, non rinuncio a nessuno dei miei diritti.

Nome del paziente

Firma del paziente Luogo, Data

Firma del medico che presenta il consenso informato Luogo, Data