

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PAZIENTE MINORENNE

per la partecipazione allo studio

“Studio comparativo dell’immunità da SARS-CoV-2 indotta dall’infezione e dai vaccini”

ANAGRAFICA DEL MINORE

Nome e Cognome _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____

Documento di identità n° _____

nome pediatra _____ città _____

Il sottoscritto (genitore) _____

Nato a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____

Documento di identità n° _____

POSITIVITA' COVID : SI / NO

VACCINO : PFIZER MODERNA Dosi: 1 2 3

DICHIARA:

1. di aver letto e compreso il significato del test sierologico per rilevare nel sangue la presenza di anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV-2;
2. di aver letto e compreso il foglio informativo e il presente modulo di consenso informato, nonché dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali;
3. di aver avuto la possibilità di porre domande e chiedere spiegazioni alla Dott.ssa Damiana Pieragostino, Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina & Odontoiatria, Università degli Studi “G. d’Annunzio”, Via dei Vestini 31, 66100 Chieti (CH) damiana.pieragostino@unich.it +39 0871 541596, da cui ho ricevuto risposte soddisfacenti;
4. di voler sottoporre il figlio/tutorato legale all’esecuzione del test.

CHIEDE E ACCETTA :

di sottoporre il proprio figlio/tutorato legale al prelievo di sangue capillare per l’esecuzione del Test per la ricerca di anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV-2 e a quanto previsto nella informativa e di aver letto le informazioni sottoelencate:

- il risultato NEGATIVO (< 1,2) per anticorpi IgG anti-SARS-CoV-2 implica l’assenza di risposta immunitaria e la necessità per il proprio figlio/tutorato legale, per proteggersi da un eventuale contagio, di attenersi scrupolosamente ai comportamenti responsabili suggeriti dalle Autorità Sanitarie regionali
- il risultato POSITIVO (>1,2) per anticorpi IgG anti-SARS-CoV-2 indica il probabile contagio pregresso e non esclude la possibilità di infezione in corso, o la risposta anticorpale alla somministrazione vaccinale.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____

Versione 1.0 del 11/06/2021

CODICE PROTOCOLLO: Delibera N.78/2021 Prot. N. 905/2021 del 7/06/2021 Tit. III Cl. 13 Consiglio di Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina & Odontoiatria (DTIM&O)

DATI RESPONSABILE SCIENTIFICO: Damiana Pieragostino, RtdB, DTIM&O

MODULO DI CONSENSO INFORMATO ADULTI

per la partecipazione allo studio

“Studio comparativo dell’immunità da SARS-CoV-2 indotta dall’infezione e dai vaccini”

Io sottoscritto/a: _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
domiciliato a _____ in via _____ n. _____ cap _____
codice fiscale _____ telefono _____
nome medico curante _____

POSITIVITA' COVID: SI / NO

VACCINO: PFIZER ASTRAZENECA MODERNA JOHNSON DOSI: 1 2 3

DICHIARO QUANTO SEGUE:

1. ho letto e compreso il foglio informativo di cui questo modulo è parte integrante;
2. di volermi sottoporre volontariamente all’esecuzione del test sierologico per rilevare, nel sangue, la presenza di anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV-2;
3. ho avuto la possibilità di porre domande e di chiedere spiegazioni alla Dott.ssa Damiana Pieragostino, Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina & Odontoiatria, Università degli Studi “G. d’Annunzio”, Via dei Vestini 31, 66100 Chieti (CH) damiana.pieragostino@unich.it +39 0871 541596, da cui ho ricevuto risposte soddisfacenti;
4. mi sono state illustrate la natura, lo scopo e la durata dello studio, le procedure che saranno seguite, il trattamento previsto per i partecipanti e il tipo di collaborazione che ad essi sarà richiesta;
5. ho compreso che la mia partecipazione allo studio è libera e volontaria e che in qualsiasi momento posso decidere di ritirarmi dallo studio senza essere in alcun modo privato/a delle cure e dell’assistenza di cui ho bisogno e dell’eventuale accesso a nuove prospettive diagnostiche e/o terapeutiche e senza che siano compromessi i miei diritti e il mio rapporto con il medico e con gli operatori sanitari;
6. acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili, al prelievo di liquor e/o fluido lacrimale, siero e/o plasma raccolti nell’ambito di questo studio nei termini e nei modi indicati nel presente documento.

CHIEDO E ACCETTO:

di sottopormi al prelievo di sangue capillare per l’esecuzione del test sierologico per la ricerca di anticorpi IgG anti-SARS-CoV-2 e a quanto previsto nella informativa e di aver letto le informazioni sottoelencate:

- il risultato NEGATIVO ($< 1,2$) o non reattivo per anticorpi IgG anti-SARS-CoV-2 implica l’assenza di risposta immunitaria e la necessità, per proteggersi da un eventuale contagio, di attenersi scrupolosamente ai comportamenti responsabili suggeriti dalle Autorità Sanitarie regionali
- il risultato POSITIVO ($> 1,2$) per anticorpi IgG anti-SARS-CoV-2 indica il probabile contagio progressivo, non esclude la possibilità di infezione in corso o indica la risposta anticorpale al vaccino.

Tutto ciò premesso, nella mia piena capacità di intendere e di volere e senza alcuna forma di condizionamento o coercizione, accetto la proposta di partecipare allo studio descritto nel presente documento.

Luogo e data _____ Firma _____

Versione 1.0 del 11/06/2021

CODICE PROTOCOLLO: Delibera N.78/2021 Prot. N. 905/2021 del 7/06/2021 Tit. III Cl. 13 Consiglio di Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina & Odontoiatria (DTIM&O)

DATI RESPONSABILE SCIENTIFICO: Damiana Pieragostino, RtdB, DTIM&O