



Ministero della Salute



Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie



AZIENDA SANITARIA LOCALE TO1



Servizio di Epidemiologia ed Educazione sanitaria – ASL 1

Via Consolata n°10 – 10122 Torino

- Dr.ssa Giorgiana Modolo tel.011 5663025
- Dr.ssa Annalisa Todesco tel.011 5663172
- Coordinatore Bianco Maria tel.0115663025
- Fax 011 5663175
- episan@asl1.to.it

Responsabile Servizio

Dr.ssa Rosa D'Ambrosio

**SCHEDA INFORMATIVA PER LO STUDIO MULTICENTRICO SUGLI
ESITI A DISTANZA DI DUE, SEI MESI E UN ANNO IN SOGGETTI DI
≥ 65 ANNI DI ETÀ CHE ABBIANO SUBITO UN INFORTUNIO
DOMESTICO**

Gentil Signora/e,

In questo Pronto Soccorso è in programma uno studio che si propone di descrivere gli esiti a distanza degli incidenti domestici nei soggetti ultrasessantenni. Il titolo dello Studio è “Progetto nazionale sugli incidenti domestici”. Questa Indagine coinvolge i Pronto Soccorso di tutte le regioni italiane.

Questo studio costituirà l'occasione per studiare la modalità di accadimento degli incidenti domestici e stimare i costi sociali derivanti dalla perdita autonomia dei soggetti infortunati e potrà mettere in evidenza le eventuali differenze geografiche e sociali, per questi motivi la Sua partecipazione è di notevole importanza e Le chiediamo collaborazione e disponibilità.

La preghiamo di leggere con attenzione queste pagine e di chiedere chiarimenti, qualora non fossero chiare, all'intervistatore indicato nell'intestazione.

Lo studio prevede:

- l'intervista a persone, di età superiore o uguale a 65 anni, che si presentano al Pronto Soccorso in seguito ad un incidente domestico (tempo 0);
- un'intervista analoga dopo 2 mesi, 6 mesi e 1 anno dall'incidente domestico;
- un'intervista a una persona della stessa età che non ha avuto un incidente domestico.

In questa prima fase a tutti i soggetti coinvolti verrà fatta una breve intervista che non Le porterà via molto tempo.

Lei sarà ricontattato tra 2 mesi e successivamente dopo 6 mesi e dopo un anno dallo stesso intervistatore conosciuto in Pronto Soccorso o tramite il Suo medico di Medicina Generale per essere nuovamente intervistato.

La Sua adesione è completamente volontaria e Lei potrà ritirare il Consenso alla partecipazione in qualsiasi momento.

Ai sensi del Decreto Legge N° 196/03 (Art. 7 e 13) relativo alla tutela delle persone per il trattamento dei dati personali, La informiamo che i Suoi dati personali verranno raccolti ed archiviati in modo adeguato e saranno utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica.

L'accesso a tali dati sarà consentito solo a personale autorizzato.

Firmando il modulo di Consenso Informato Lei autorizza l'accesso a tali dati.

Per ulteriori informazioni durante lo Studio sarà a disposizione l'intervistatore indicato nell'istestazione (Servizio di Epidemiologia ed Educazione Sanitaria del Dipartimento di Prevenzione - Dr.ssa Giordiana Modolo o Dr.ssa Annalisa Todesco al seguente numero 011/5663025).

L'INDAGINE COMPIONARIA SUGLI ESITI A DISTANZA DI DUE, SEI MESI E UN ANNO IN SOGGETTI DI ≥ 65 ANNI DI ETÀ CHE ABBIANO SUBITO UN INFORTUNIO DOMESTICO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Questa dichiarazione deve essere firmata e datata personalmente dal Paziente, a cui sono state lette e spiegate tutte le pagine qui allegate della Scheda Informativa

Io sottoscritto
(nome e cognome per esteso del Paziente)

dichiaro di avere ricevuto dal Dottor/Sig.....
(nome e cognome per esteso dell'Intervistatore)

esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta della Mia partecipazione all'Indagine sopra descritta. Copia della presente scheda informativa mi è stata data.

Dichiaro di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre domande e di avere ricevuto risposta in merito soddisfacenti.

Accetto quindi liberamente di partecipare all'Indagine, avendo perfettamente compreso tutte le informazioni sopra riportate.

Sono consapevole che la Mia partecipazione all'indagine è volontaria e che ho la facoltà di ritirarmi in qualsiasi momento.

Sono inoltre consapevole che secondo il rispetto della normativa vigente i Miei dati personali saranno utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica.

Data

Firma del Paziente.....

Firma del parente o dell'accompagnatore.....

Data

Firma dell'Intervistatore.....

DISSENSO

A cura dell'Intervistatore il paziente non accetta l'intervista perché
.....
.....
.....