

Consenso del paziente alla pubblicazione

Nome del paziente	
Nome della persona che spiega e somministra il form	
Informazioni di contatto (email/cellulare) della persona che spiega e somministra il form	
Se il paziente non può firmare*, nome del firmatario**	
Se il paziente non può firmare*, relazione del firmatario** con il paziente	
Se il paziente non può firmare*, motivo per cui non può firmare	

*Paziente minorenne, deceduto, o con incapacità mentale o fisica

**Il firmatario deve essere un genitore, tutore legale o parente

Io _____ [Nome del paziente o del firmatario]
do il consenso a SEEd Medical Publishers per pubblicare informazioni cliniche su di me/mio figlio/mio
tutelato/mio parente (sottolinea l'opzione corretta).

Sono consapevole del fatto che:

- L'articolo verrà utilizzato solo in pubblicazioni a scopo educativo rivolte a professionisti in ambito sanitario
- Il nome del paziente non verrà pubblicato e le immagini verranno opportunamente tagliate e modificate allo scopo di celare l'identità del paziente
- In ogni caso, permane la probabilità, seppur minima, che il paziente possa essere identificato da qualcuno una volta pubblicato l'articolo
- La pubblicazione sarà in modalità open access e sarà accessibile in modo gratuito, e pertanto sarà potenzialmente fruibile a livello globale
- L'articolo potrebbe essere pubblicato in altri formati (cartaceo, presentazioni, siti web, webinar, ecc.), tradotto in altre lingue, o usato a scopo commerciale
- Questo consenso può essere revocato in qualsiasi momento prima della pubblicazione. Però, dopo la pubblicazione, non potrà più essere revocato
- Non trarrò alcun vantaggio economico dalla pubblicazione del caso.

Confermo che mi è stata offerta l'opportunità di leggere il manoscritto e che:

- Ho visto la versione finale dell'articolo
- Ho visto la bozza dell'articolo con tutte le immagini
- Non ho visto l'articolo

Firma del paziente o del firmatario

Firma della persona che somministra il form