

## **SINOSSI DEL PROTOCOLLO**

### **La Medicina Alternativa/Complementare: Un’indagine sul suo utilizzo da parte dei pazienti oncologici.**

#### **TIPO DI STUDIO:**

Studio osservazionale trasversale.

#### **OBIETTIVI:**

Quantificare e studiare il fenomeno CAM in ambito oncologico nel territorio italiano

#### **DISEGNO DELLO STUDIO:**

Si tratta di uno studio osservazionale trasversale, in cui ai pazienti arruolati verrà somministrato un questionario strutturato per la raccolta dati; tale questionario sarà proposto e compilato per auto-somministrazione.

#### **POPOLAZIONE TARGET:**

Lo studio verrà proposto a tutti i pazienti assistiti presso i Servizi di Oncologia che soddisferanno i seguenti criteri di inclusione:

- Pazienti con patologia oncologica o onco-ematologica;
- Paziente in grado di leggere, capire e compilare il questionario;
- Età  $\geq$  a 18 anni.

#### **MODALITA' DI CONDUZIONE DELLO STUDIO:**

Lo studio verrà condotto presso i Servizi di Oncologia. Ogni soggetto che soddisfa i criteri di inclusione sarà candidato alla partecipazione dello studio. Prima della partecipazione verranno fornite chiare informazioni sulle finalità dello studio e richiesto il consenso informato.

La somministrazione verrà garantita da un referente che verrà adeguatamente addestrato.

Per la raccolta dei dati verrà utilizzato il questionario International CAM Questionnaire (I-CAM-Q) di Sara A.Quandt et al.

#### **RIFERIMENTI PER ADESIONE:**

Per avere maggiori informazioni è possibile contattare i promotori dello studio al seguente indirizzo email: [nickyplesoianu@yahoo.it](mailto:nickyplesoianu@yahoo.it)

Per aderire è necessario compilare il modulo di adesione e inviarlo al seguente indirizzo email: [nickyplesoianu@yahoo.it](mailto:nickyplesoianu@yahoo.it)

## **SCHEDA DI ADESIONE**

**La Medicina Alternativa/Complementare:  
Un'indagine sul suo utilizzo da parte dei pazienti oncologici**

Nominativo Struttura: \_\_\_\_\_

Nominativo Direttore Medico di Struttura: \_\_\_\_\_

Nominativo Coordinatore Infermieristico: \_\_\_\_\_

Nominativo rilevatore principale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_, Prov.: \_\_\_\_\_, CAP: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Quanti Pazienti prevedete di arruolare in una settimana di raccolta dati: \_\_\_\_\_

Firma del Direttore di Struttura

Firma Coordinatore Infermieristico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Da inviare compilata all'attenzione di:**

Nicoleta Plesoianu al seguente indirizzo email [nickyplesoianu@yahoo.it](mailto:nickyplesoianu@yahoo.it)