

# Consentimiento Informado para la donación voluntaria de muestras biológicas (que vayan a ser anonimizadas) para investigación obtenidas en el curso de procedimientos quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos al biobanco del...(1 de 5)

## 1. Identificación y descripción del procedimiento

Durante la intervención quirúrgica o la prueba diagnóstica a la que va a ser sometido se podrán tomar muestras de sus tejidos, sangre, así como fluidos (orina, esputo, saliva, etc) o microorganismos. El procedimiento que se le propone consiste en donar voluntariamente cualquier muestra biológica sobrante de la intervención o prueba a la que va a ser sometido a un biobanco de muestras biológicas, sin que ello suponga ningún riesgo añadido para su salud ni comprometa el correcto diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Dichas muestras biológicas excedentes podrán ser utilizados en proyectos de investigación biomédica que previamente sean aprobados por los comités externos, ético y científico, a los que está adscrito el biobanco.

Estas muestras serán anonimizadas, esto es, que no podrán vincularse a su persona por quedar irreversiblemente disociados de sus datos personales.

## 2. Objetivo

La finalidad del biobanco es recoger y almacenar muestras biológicas humanas para realizar proyectos de investigación biomédica o diagnósticos. Los resultados de dichos proyectos de investigación pueden derivar en el descubrimiento de nuevos métodos para el mejor diagnóstico de las enfermedades y de nuevas medicinas para tratarlas.

## 3. Condiciones de la donación

Usted no recibirá ninguna compensación económica ni otros beneficios materiales por donar sus muestras. Sin embargo, si las investigaciones que se realicen tuvieran éxito, podrán ayudar en el futuro a pacientes que tienen su misma enfermedad o padecen otras enfermedades similares.

Las muestras que usted dona no serán vendidas o distribuidas a terceros con fines comerciales, pero los costes de obtención, conservación y envío de las muestras se repercutirán, sin ánimo de lucro, a quienes las utilicen.

## 4. Consecuencias previsibles de su no realización

La decisión de donar sus muestras es totalmente voluntaria, pudiendo negarse a donarlas sin tener que dar ninguna explicación y sin que ello tenga ninguna repercusión en la atención médica que recibe en el Centro.

## 5. Riesgos

El procedimiento que se le propone no supone ningún riesgo añadido para su salud ni compromete el correcto diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, puesto que se trata de muestra sobrante de la intervención.

La donación de sangre apenas tiene efectos secundarios; lo más frecuente es la aparición de pequeños hematomas en las zonas de punción que desaparecen transcurridos 1 ó 2 días



Consentimiento Informado para la donación voluntaria de muestras biológicas (que vayan a ser anonimizadas) para investigación obtenidas en el curso de procedimientos quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos al biobanco del...(2 de 5)

EJEMPLAR PARA EL BIOBANCO

Declaración de consentimiento

D./Dª ..... de ..... años de edad, con domicilio en .....

DNI ..... y nº de SIP .....

D./Dª ..... de ..... años de edad, con domicilio en.....

DNI ..... en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del paciente con DNI ..... y nº de SIP .....

DECLARO

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He sido informado por el profesional de salud abajo mencionado sobre la donación de muestras a un biobanco.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo.

He podido realizar observaciones y me han sido aclaradas todas las dudas que he planteado.

He comprendido que la donación de muestras a un biobanco es voluntaria y puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Que libre y voluntariamente acepto la realización de la donación voluntaria de:

Una/s muestra/s de .....

Que puedo incluir restricciones sobre el uso de las mismas: .....

CONSIENTO

Que el Hospital u otros centros de investigación, públicos o privados, utilicen mis datos y las muestras donadas en las condiciones establecidas en la hoja de información.

Que el ente coordinador de la Red Valenciana de Biobancos pueda acceder a mis datos, en la medida en que sea necesario y manteniendo siempre su confidencialidad.

A completar por el donante:

Fdo.: D./Dª .....  
DNI: .....

A completar por el profesional de salud

Fdo.: D./Dª .....  
DNI: .....  
Colegiado Nº: .....  
En condición de: .....

En ..... a ..... de ..... de 20.....



RED VALENCIANA DE BIOBANCOS



## EJEMPLAR PARA EL DONANTE

### Declaración de consentimiento

D./D<sup>a</sup> ..... de ..... años de edad, con domicilio en .....

DNI ..... y nº de SIP .....

D./D<sup>a</sup> ..... de ..... años de edad, con domicilio en.....

DNI ..... en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del paciente con DNI ..... y nº de SIP .....

### DECLARO

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He sido informado por el profesional de salud abajo mencionado sobre la donación de muestras a un biobanco.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo.

He podido realizar observaciones y me han sido aclaradas todas las dudas que he planteado.

He comprendido que la donación de muestras a un biobanco es voluntaria y puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Que libre y voluntariamente acepto la realización de la donación voluntaria de:

Una/s muestra/s de .....

Que puedo incluir restricciones sobre el uso de las mismas: .....

### CONSIENTO

Que el Hospital u otros centros de investigación, públicos o privados, utilicen mis datos y las muestras donadas en las condiciones establecidas en la hoja de información.

Que el ente coordinador de la Red Valenciana de Biobancos pueda acceder a mis datos, en la medida en que sea necesario y manteniendo siempre su confidencialidad.

A completar por el donante:

Fdo.: D./D<sup>a</sup> .....  
DNI: .....

A completar por el profesional de salud

Fdo.: D./D<sup>a</sup> .....  
DNI: .....  
Colegiado Nº: .....  
En condición de: .....

En ..... a ..... de ..... de 20.....

Consentimiento Informado para la donación voluntaria de muestras biológicas (que vayan a ser anonimizadas) para investigación obtenidas en el curso de procedimientos quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos al biobanco del...(4 de 5)

EJEMPLAR PARA EL CENTRO

Declaración de consentimiento

D./Dª ..... de ..... años de edad, con domicilio en .....

DNI ..... y nº de SIP .....

D./Dª ..... de ..... años de edad, con domicilio en.....

DNI ..... en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del paciente con DNI ..... y nº de SIP .....

DECLARO

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He sido informado por el profesional de salud abajo mencionado sobre la donación de muestras a un biobanco.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo.

He podido realizar observaciones y me han sido aclaradas todas las dudas que he planteado.

He comprendido que la donación de muestras a un biobanco es voluntaria y puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Que libre y voluntariamente acepto la realización de la donación voluntaria de:

Una/s muestra/s de .....

Que puedo incluir restricciones sobre el uso de las mismas: .....

CONSIENTO

Que el Hospital u otros centros de investigación, públicos o privados, utilicen mis datos y las muestras donadas en las condiciones establecidas en la hoja de información.

Que el ente coordinador de la Red Valenciana de Biobancos pueda acceder a mis datos, en la medida en que sea necesario y manteniendo siempre su confidencialidad.

A completar por el donante:

Fdo.: D./Dª .....  
DNI: .....

A completar por el profesional de salud

Fdo.: D./Dª .....  
DNI: .....  
Colegiado Nº: .....  
En condición de: .....

En ..... a ..... de ..... de 20.....



RED VALENCIANA DE BIOBANCOS

# Consentimiento Informado para la donación voluntaria de muestras biológicas (que vayan a ser anonimizadas) para investigación obtenidas en el curso de procedimientos quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos al biobanco del...(5 de 5)

## Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... de ..... de 2..... y no deseo proseguir la donación voluntaria que doy con esta fecha por finalizada.

A completar por el donante:

Fdo.: D./D<sup>a</sup> .....  
DNI: .....

A completar por el profesional de salud

Fdo.: D./D<sup>a</sup> .....  
DNI: .....  
Colegiado N<sup>o</sup>: .....  
En condición de: .....

En ..... a ..... de ..... de 20.....

