

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DONACION VOLUNTARIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se le propone consiste en donar voluntariamente muestra/s biológica/s de..... Estas muestras biológicas se almacenarán en un biobanco y sólo podrán ser utilizadas en proyectos de investigación biomédica que previamente sean aprobados por los comités externos, ético y científico, a los que está adscrito el biobanco.

Las muestras seguirán almacenadas en el biobanco hasta el fin de las existencias si no existe una revocación del presente consentimiento.

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. CONDCIONES 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 de los tejidos y/o sangre 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. La donación de muestras no impedirá que usted o su familia puedan hacer uso de ellas siempre que estén disponibles, cuando así lo requieran.

En caso de producirse un eventual cierre del biobanco o revocación de la autorización para su constitución y funcionamiento, la información sobre el destino de las muestras estará a disposición en el Registro Nacional de Biobancos para Investigación Biomédica, con el fin de que pueda manifestar su conformidad o disconformidad con el destino previsto de las muestras.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACION

Se podría dar la circunstancia de ser contactado/a con el fin de recabar nueva información sobre su situación o de tomar una nueva muestra que pudiera ser interesante en el desarrollo de la investigación biomédica, en cuyo caso volverá a ser informado/a de la situación y tendrá la libertad de participar o rechazar dicha participación. Por tal motivo, es importante que comunique al Servicio de Admisión del centro FUTUROS CAMBIOS DE DIRECCIÓN y números de TELÉFONO, ya que es la única vía para poder contactar con usted.

Es posible que se obtenga información relativa a su salud derivada del desarrollo de los proyectos de investigación y, en particular, datos genéticos con relevancia clínica. En este sentido, puede solicitar la información relativa a su salud derivada del estudio de las muestras donadas. Para ejercer este derecho, tiene a su disposición en el biobanco el correspondiente formulario de solicitud.

La información que se obtenga puede ser relevante también para sus familiares biológicos. Es decisión suya informarles – algo que nosotros le aconsejamos - con el fin de que, si ellos lo desean, puedan ser estudiados y valorar así cual es el riesgo personal y sus opciones de salud en un futuro.

5. DERECHO DE REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

La decisión de donar sus muestras es totalmente voluntaria. Usted puede negarse a donarlas e incluso puede revocar su consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación y sin que ello tenga ninguna repercusión en la atención médica que recibe en el Centro.

Si revoca el consentimiento que ahora presta, la parte de las muestras que no se hayan utilizado en la investigación, podrá decidir que sean destruidas o anonimizadas. Tales efectos no se extenderán a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hayan llevado a cabo antes de la revocación de su consentimiento.

6. RIESGOS

La donación de sangre apenas tiene efectos secundarios; lo más frecuente es la aparición de pequeños hematomas en la zona de punción que desaparecen transcurridos 1 ó 2 días. La biopsia de piel consiste en la extirpación local de tejido cutáneo. Los riesgos son infrecuentes, puede presentarse una leve inflamación o infección de la zona donde ha hecho la toma de muestra. Cualquier otra información que desee, no dude en preguntársela a los médicos especialistas y/o la personal sanitario que le atiende

7. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y CONFIDENCIALIDAD

Los datos personales y de salud obtenidos de su historia clínica o equivalente serán incorporados y tratados en una base de datos que cumple con las garantías que establece la legislación sanitaria y sobre protección de datos de carácter personal.

La cesión a otros centros de investigación, públicos o privados, de sus muestras o de sus derivados, así como de la información contenida en las bases de datos vinculada a las mismas y a su estado de salud, se realizará mediante un procedimiento de disociación, esto es, suprimiendo la información personal que la identifica y sustituyéndola por un código.

Es posible que en el desarrollo de un proyecto de investigación se genere mucha información genética de sus muestras. Si los resultados fueran relevantes desde el punto de vista científico, la información obtenida, desligada de cualquier dato que pueda permitir su identificación por medios razonables, podría ser remitida para su inclusión en bases científicas y demás medios de difusión de contenido científico a los que tendrán acceso, con carácter restringido, investigadores científicos.

El biobanco en el que se custodiarán sus muestras forma parte de la Red Valenciana de Biobancos cuya coordinación es llevada a cabo por el Centro Superior de Investigación de Salud Pública de la Comunitat Valenciana.

Como consecuencia de lo anterior, el ente coordinador de la Red Valenciana de Biobancos, esto es, el Centro Superior de Investigación en Salud Pública de la Comunitat Valenciana, tendrá acceso a sus datos personales y a la información clínica asociada a la muestra donada voluntariamente, con el único fin de cumplir con las labores atribuidas a la Red Valenciana de Biobancos en virtud de la legislación vigente. En particular, el eventual acceso a sus datos personales por parte de la Red Valenciana de Biobancos tendrá como finalidad poder coordinar de la manera más eficiente posible desde el punto de vista científico la información obtenida por los biobancos adscritos a la Red Valenciana de Biobancos, mediante la gestión y coordinación del Sistema de Gestión de la Información de la Red Valenciana de Biobancos, así como la coordinación de las actividades desarrolladas por los biobancos, todo ello de acuerdo con la normativa aplicable. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, para lo cual tiene en el biobanco el correspondiente formulario de solicitud. En dicho escrito, deberá adjuntar copia de su DNI para que el Centro responsable de sus datos pueda comprobar su identidad.

8. SEGURO

Los profesionales de enfermería que colaboran con el biobanco tienen un seguro de responsabilidad civil con _____, concertado con _____ Poliza N°: _____ que cubre el acto profesional, en este caso la extracción, y por tanto también las extracciones realizadas con fines de investigación.

EJEMPLAR PARA EL DONANTE

9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./D^a de años de edad, con domicilio en.....DNI y nº de tarjeta sanitaria

D./D^a de años de edad, con domicilio en 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^a

DNI:

A completar por el profesional de salud:

Fdo.: D./D^a

DNI:

Colegiado N^o:

En condición de:

En a de de 20.....

EJEMPLAR PARA EL BIOBANCO

9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./D^a de años de edad, con domicilio en.....DNI y nº de tarjeta sanitaria

D./D^a de años de edad, con domicilio en 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 repercute 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^a
DNI:

A completar por el profesional de salud:

Fdo.: D./D^a
DNI:
Colegiado N^o:
En condición de:

En a de de 20.....

EJEMPLAR PARA EL CENTRO

9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./D^a de años de edad, con domicilio en.....DNI y nº de tarjeta sanitaria

D./D^a de años de edad, con domicilio en en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del paciente con DNI y nº de tarjeta sanitaria.....

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^a
DNI:

A completar por el profesional de salud:

Fdo.: D./D^a
DNI:
Colegiado N^o:
En condición de:

Ena de de 20.....

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

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

A completar por el donante:

Fdo.: D./D^a

DNI:

A completar por el profesional de salud:

Fdo.: D./D^a

DNI:

Colegiado N^o:

En condición de:

En a de de 20.....

EJEMPLAR PARA EL DONANTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INMORTALIZACIÓN DE LÍNEAS CELULARES

La immortalización de líneas celulares es una técnica que se emplea con el fin de disponer de una fuente ilimitada de material biológico (esto es, células de Vd.) para realizar distintas investigaciones en ellas

El CIBERER Biobank va a establecer esta línea celular con su muestra para que los investigadores puedan acceder a una fuente inagotable de ADN de Vd. sin necesidad de volver a extraerle sangre.

Esto implica que la presente donación se hace por un periodo ilimitado, ya que sus células se immortalizarán y podremos obtener material de ellas de modo indefinido.

El CIBERER Biobank podrá poner a disposición de aquellos investigadores que lo soliciten las líneas celulares obtenidas de estas muestras.

Solo si Vd. lo solicita (mediante la revocación del presente consentimiento) se procedería a la destrucción de esta línea celular.

Mediante la firma de este documento autorizo al CIBERER Biobank a llevar a cabo el proceso de immortalización.

Don/Doña.....de.....años de edad, con domicilio enDNI..... y nº de tarjeta sanitaria.....

Don/Doña.....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 tarjeta sanitaria.....

Fdo.: D./Dña

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

EJEMPLAR PARA EL BIOBANCO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INMORTALIZACIÓN DE LÍNEAS CELULARES

La inmortalización de líneas celulares es una técnica que se emplea con el fin de disponer de una fuente ilimitada de material biológico (esto es, células de Vd.) para realizar distintas investigaciones en ellas

El CIBERER Biobank va a establecer esta línea celular con su muestra para que los investigadores puedan acceder a una fuente inagotable de ADN de Vd. sin necesidad de volver a extraerle sangre.

Esto implica que la presente donación se hace por un periodo ilimitado, ya que sus células se immortalizarán y podremos obtener material de ellas de modo indefinido.

El CIBERER Biobank podrá poner a disposición de aquellos investigadores que lo soliciten las líneas celulares obtenidas de estas muestras.

Solo si Vd. lo solicita (mediante la revocación del presente consentimiento) se procedería a la destrucción de esta línea celular.

Mediante la firma de este documento autorizo al CIBERER Biobank a llevar a cabo el proceso de inmortalización.

Don/Doña.....de.....años de edad, con domicilio en.....DNI..... y nº de tarjeta sanitaria.....

Don/Doña.....de.....años de edad, con domicilio enDNI.....en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del paciente....., con DNI..... y nº de tarjeta sanitaria.....

Fdo.: D./Dña

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

EJEMPLAR PARA EL CENTRO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INMORTALIZACIÓN DE LÍNEAS CELULARES

La inmortalización de líneas celulares es una técnica que se emplea con el fin de disponer de una fuente ilimitada de material biológico (esto es, células de Vd.) para realizar distintas investigaciones en ellas

El CIBERER Biobank va a establecer esta línea celular con su muestra para que los investigadores puedan acceder a una fuente inagotable de ADN de Vd. sin necesidad de volver a extraerle sangre.

Esto implica que la presente donación se hace por un periodo ilimitado, ya que sus células se immortalizarán y podremos obtener material de ellas de modo indefinido.

El CIBERER Biobank podrá poner a disposición de aquellos investigadores que lo soliciten las líneas celulares obtenidas de estas muestras.

Solo si Vd. lo solicita (mediante la revocación del presente consentimiento) se procedería a la destrucción de esta línea celular.

Mediante la firma de este documento autorizo al CIBERER Biobank a llevar a cabo el proceso de inmortalización.

Don/Doña.....de.....años de edad, con domicilio en.....DNI..... y nº de tarjeta sanitaria.....

Don/Doña.....de.....años de edad, con domicilio enDNI.....en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del paciente....., con DNI..... y nº de tarjeta sanitaria.....

Fdo.: D./Dña

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

EJEMPLAR PARA EL DONANTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA OBTENCIÓN DE CÉLULAS PLURIPOTENTES INDUCIDAS Y ORGANOIDES

Las células pluripotentes inducidas (iPS) proceden de células adultas diferenciadas que han sido genéticamente manipuladas para dar lugar a un tipo celular similar al de las células madre embrionarias. Estas células se pueden mantener en el laboratorio de forma indefinida y pueden diferenciarse de una forma controlada a cualquiera de los tipos celulares presentes en el organismo adulto. A su vez, a partir de células iPS, pueden generarse organoides, que son agregados de células cultivadas en matrices tridimensionales (3D) específicas, que dan lugar a órganos en miniatura simplificados que conservan algunas funciones fisiológicas. Las células iPS derivadas de pacientes pueden permitir la generación ilimitada de células donde se manifiesta una enfermedad en particular, posibilitando de esta forma su estudio en el laboratorio y el desarrollo de nuevos medicamentos para el tratamiento de determinadas patologías.

Solo en caso de que usted así lo indique, parte de las células obtenidas serán utilizadas para obtener células iPS y generar organoides. Tanto las células iPS obtenidas como los organoides generados serán utilizados en investigación con fines terapéuticos y/o el estudio de enfermedades y nunca en medicina reproductiva. Las muestras serán cedidas únicamente a proyectos de investigación que cuenten con la aprobación de los Comités Científico y Ético correspondientes. Las células iPS, serán depositadas en un Banco Nacional de Líneas Celulares cumpliendo con la legislación vigente del país donde se generen para que queden a disposición de la comunidad científica.

En cualquier momento, si usted así lo solicita (mediante la revocación del presente consentimiento) se procedería a la destrucción de esta línea celular.

Mediante la firma de este documento autoriza al CIBERER Biobank a ceder las células obtenidas a partir de la biopsia de piel a investigadores que deseen obtener células iPS a partir de ellas.

D./Dña..... deaños, con domicilio en con DNI y nº de tarjeta sanitaria

D./Dña..... de años, con domicilio en con DNI en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del paciente, con DNI y nº de tarjeta sanitaria

Fdo.: D./Dña

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

EJEMPLAR PARA EL BIOBANCO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA OBTENCIÓN DE CÉLULAS PLURIPOTENTES INDUCIDAS Y ORGANOIDES

Las células pluripotentes inducidas (iPS) proceden de células adultas diferenciadas que han sido genéticamente manipuladas para dar lugar a un tipo celular similar al de las células madre embrionarias. Estas células se pueden mantener en el laboratorio de forma indefinida y pueden diferenciarse de una forma controlada a cualquiera de los tipos celulares presentes en el organismo adulto. A su vez, a partir de células iPS, pueden generarse organoides, que son agregados de células cultivadas en matrices tridimensionales (3D) específicas, que dan lugar a órganos en miniatura simplificados que conservan algunas funciones fisiológicas. Las células iPS derivadas de pacientes pueden permitir la generación ilimitada de células donde se manifiesta una enfermedad en particular, posibilitando de esta forma su estudio en el laboratorio y el desarrollo de nuevos medicamentos para el tratamiento de determinadas patologías.

Solo en caso de que usted así lo indique, parte de las células obtenidas serán utilizadas para obtener células iPS y generar organoides. Tanto las células iPS obtenidas como los organoides generados serán utilizados en investigación con fines terapéuticos y/o el estudio de enfermedades y nunca en medicina reproductiva. Las muestras serán cedidas únicamente a proyectos de investigación que cuenten con la aprobación de los Comités Científico y Ético correspondientes. Las células iPS, serán depositadas en un Banco Nacional de Líneas Celulares cumpliendo con la legislación vigente del país donde se generen para que queden a disposición de la comunidad científica.

En cualquier momento, si usted así lo solicita (mediante la revocación del presente consentimiento) se procedería a la destrucción de esta línea celular.

Mediante la firma de este documento autoriza al CIBERER Biobank a ceder las células obtenidas a partir de la biopsia de piel a investigadores que deseen obtener células iPS a partir de ellas.

D./Dña..... deaños, con domicilio en con DNI y nº de tarjeta sanitaria

D./Dña..... de años, con domicilio en con DNI en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del paciente, con DNI y nº de tarjeta sanitaria

Fdo.: D./Dña

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

EJEMPLAR PARA EL CENTRO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA OBTENCIÓN DE CÉLULAS PLURIPOTENTES INDUCIDAS Y ORGANOIDES

Las células pluripotentes inducidas (iPS) proceden de células adultas diferenciadas que han sido genéticamente manipuladas para dar lugar a un tipo celular similar al de las células madre embrionarias. Estas células se pueden mantener en el laboratorio de forma indefinida y pueden diferenciarse de una forma controlada a cualquiera de los tipos celulares presentes en el organismo adulto. A su vez, a partir de células iPS, pueden generarse organoides, que son agregados de células cultivadas en matrices tridimensionales (3D) específicas, que dan lugar a órganos en miniatura simplificados que conservan algunas funciones fisiológicas. Las células iPS derivadas de pacientes pueden permitir la generación ilimitada de células donde se manifiesta una enfermedad en particular, posibilitando de esta forma su estudio en el laboratorio y el desarrollo de nuevos medicamentos para el tratamiento de determinadas patologías.

Solo en caso de que usted así lo indique, parte de las células obtenidas serán utilizadas para obtener células iPS y generar organoides. Tanto las células iPS obtenidas como los organoides generados serán utilizados en investigación con fines terapéuticos y/o el estudio de enfermedades y nunca en medicina reproductiva. Las muestras serán cedidas únicamente a proyectos de investigación que cuenten con la aprobación de los Comités Científico y Ético correspondientes. Las células iPS, serán depositadas en un Banco Nacional de Líneas Celulares cumpliendo con la legislación vigente del país donde se genere para que queden a disposición de la comunidad científica.

En cualquier momento, si usted así lo solicita (mediante la revocación del presente consentimiento) se procedería a la destrucción de esta línea celular.

Mediante la firma de este documento autoriza al CIBERER Biobank a ceder las células obtenidas a partir de la biopsia de piel a investigadores que deseen obtener células iPS a partir de ellas.

D./Dña..... deaños, con domicilio en con DNI y nº de tarjeta sanitaria

D./Dña..... de años, con domicilio en con DNI en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del paciente, con DNI y nº de tarjeta sanitaria

Fdo.: D./Dña

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