

FORMULARIO DE DONACIÓN DE MUESTRAS

Doctor remitente

Nombre:	Apellidos:
Hospital/Centro:	Servicio:
Teléfono contacto:	e-mail:
<input type="checkbox"/> Deseo recibir información por parte del CIBERER-Orphanet	
<input type="checkbox"/> Autorizo a que mis datos de contacto se difundan entre los investigadores interesados en esta muestra.	

Datos Paciente

Nombre:	Apellido 1º:	
	Apellido 2º:	
Nº Historia clínica:	Sexo:	Etnia:
Fecha nacimiento:	Provincia:	
Población:		

Diagnóstico

Diagnóstico clínico:			
Genotipo:	Gen	Mut 1	Mut 2
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		

Tipo de muestra

<input type="checkbox"/> Sangre	Nº Tubos EDTA:	Nº Tubos ACD:
<input type="checkbox"/> Tejido* (especificar el medio en el que se envía):		
<input type="checkbox"/> Otros*		
*Contactar previamente con el personal del CIBERER Biobank, teléfono 96 1926321		
Importante. Por favor indicar:		
Fecha y hora de extracción:Ayunas (S/N):.....		
Medicación que está tomando el donante:.....		

ADJUNTAR UNA COPIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____ Firma: _____

Los datos personales cedidos al CIBERER Biobank serán tratados de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento General (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 sobre Protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y que entro en vigor el día 25 de mayo de 2018. En este sentido se incorporarán a un Fichero de datos para su tratamiento, pudiendo cederse las muestras codificadas a grupos de investigación aceptados por el CIBERER Biobank, de modo que no dispongan de los datos personales del paciente. El paciente podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales, en los términos legales marcados por la Ley 15/1999, mediante correo ordinario al CIBER (Instituto de Salud Carlos III, C/ Monforte de Lemos, 3-5, Pabellón 11, CP 28029, Madrid).