

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

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 96 348 4380		
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 la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de Carácter Personal, de 13 de diciembre (LOPD). 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 a CIBERER Biobank (Centro Superior de Investigación en Salud Pública. Planta Segunda. Avenida de Cataluña, 21 CP 46020, Valencia).