

Formulario Consentimiento Paciente

(16+ años)

Nº de Paciente



Gracias por leer la información sobre donación de muestras a VIVO Biobank para la investigación del cáncer. Tenga en cuenta que esto es independiente de cualquier ensayo clínico en el que se le pueda invitar a participar. Si desea formar parte de este estudio, por favor, escribe sus iniciales en las casillas correspondientes.

1. He leído y comprendido el folleto informativo (versión 16+ 1a, junio de 2023) y he podido hacer preguntas. Todas mis dudas han sido respondidas de manera clara.

2. Autorizo que mis muestras no necesarias para mi tratamiento sean almacenadas por VIVO Biobank y usadas en investigaciones aprobadas sobre la prevención, diagnóstico o tratamiento del cáncer.

3. Autorizo que se almacenen muestras adicionales tomadas al mismo tiempo que las muestras clínicas en VIVO Biobank. Estas muestras solo se utilizarán en proyectos de investigación con aprobación ética sobre la prevención, diagnóstico y/o tratamiento del cáncer.

4. Entiendo que participar es voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin dar una razón ni afectar mi tratamiento o mis derechos legales. Si lo retiro, las muestras y datos serán eliminados, salvo que ya se hayan utilizado en la investigación.

5. Autorizo que la información sobre mi estado de salud en mis registros médicos sea almacenada de forma segura en la base de datos de VIVO Biobank con fines de investigación. Entiendo que se mantendrá confidencial y solo se compartirá con investigadores de manera que proteja mi identidad.

6. Entiendo que la información almacenada y administrada por los registros nacionales de salud puede ser utilizada para obtener datos sobre mi estado de salud.

7. Autorizo que mi tejido y datos clínicos, recopilados por VIVO Biobank, se asocien con datos genómicos generados y almacenados por NHS England / Genomics England y/u otros laboratorios clínicos.

8. Acepto que mi material genético, como mi ADN, sea extraído de las muestras almacenadas en VIVO Biobank y analizado con fines de investigación.

9. Entiendo que mis muestras y datos pueden ser compartidos con investigadores en todo el mundo, incluso en países sin leyes de protección de datos similares a las del Reino Unido, pero sin revelar información personal identificable.

10. Entiendo que no recibiré los resultados de investigaciones individuales. Si algún hallazgo es relevante para mí, autorizo que se informe a mi médico para evaluar el mejor tratamiento.

11. Entiendo que no recibiré beneficios económicos por la donación de mis muestras, incluso si estas contribuyen a investigaciones que den lugar al desarrollo de nuevos tratamientos o pruebas médicas.

Opcional

12. Autorizo el uso de mis muestras y datos en investigaciones aprobadas que involucren animales, incluyendo su transferencia a modelos animales.

Por favor, indique su elección colocando sus iniciales en una de las siguientes casillas.

Sí

No

Nombre del paciente (EN MAYÚSCULAS)

Firma

Fecha

Responsable del consentimiento

Firma

Fecha

1 copia en el expediente del centro, 1 copia para el padre/tutor/paciente, 1 copia para los registros médicos.
Consent Form (Patient 16+) version 1a June 2023 IRAS no.327843