Consentimiento Padres/Tutores (Post Mortem)

Gracias por leer la información sobre recolección y almacenamiento de tejido post mortem para la investigación del cáncer. Si desea participar escriba sus iniciales en las casillas correspondientes

Nº Paciente

1. He leído y comprendido el folleto informativo post mortem para padres/tutores (versión 1a, junio de 2023) y he podido hacer preguntas. Todas mis dudas han sido respondidas de manera clara. ☐
2. Autorizo que las muestras de mi hijo sean almacenadas por VIVO Biobank. Estas muestras solo se utilizarán en proyectos de investigación con aprobación ética sobre la prevención, diagnóstico y/o tratamiento del cáncer. ☐
3. Entiendo que participar es voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin necesidad de dar una razón ni que esto afecte mis derechos legales. Las muestras y los datos serán eliminados, a menos que ya hayan sido utilizados en la investigación. ☐
4. Autorizo que la información clínica de mi hijo se almacene de forma segura en la base de datos de VIVO Biobank con fines de investigación. Entiendo que será confidencial y solo se compartirá con investigadores de manera que proteja su identidad. ☐
5. Entiendo que la información almacenada y administrada por los registros nacionales de salud puede ser utilizada para obtener datos sobre la enfermedad de mi hijo. ☐
6. Autorizo que el tejido y los datos clínicos de mi hijo, recopilados por VIVO Biobank, se asocien con datos genómicos generados y almacenados por NHS England / Genomics England y/u otros laboratorios clínicos. ☐
7. Acepto que el material genético de mi hijo, como su ADN, sea analizado con fines de investigación. ☐
8. Entiendo que las muestras y/o datos de mi hijo pueden ser enviados a investigadores en todo el mundo, incluyendo países que no cuentan con leyes de protección de datos similares a las del Reino Unido, pero no se compartirá ninguna información personal que permita identificarlo. ☐
9. Entiendo que no se me informarán los resultados de pruebas de investigación individuales. Si la investigación arroja resultados que pudieran afectar a un familiar, autorizo que esta información sea comunicada al médico de mi hijo para discutir la mejor opción. ☐
10. Entiendo que no recibiré beneficios económicos por la donación de las muestras de mi hijo, incluso si estas contribuyen a investigaciones que den lugar al desarrollo de nuevos tratamientos o pruebas médicas. ☐

Opcional

11. Autorizo el uso de las muestras y datos de mi hijo 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

Si ☐ No ☐

Nombre Padre / Tutor ..... 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.