

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CLÍNICOS, PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO: Cribatge de la infecció pel virus de la hepatitis C a la població atesa al Servei d'urgències de Son Espases

CÓDIGO DEL PROMOTOR:

PROMOTOR: Institut d'investigació Sanitària de les Illes Balears

INVESTIGADOR PRINCIPAL *Alexandra Guiu Martí, Servei d'urgències de Son Espases. Telf 871205000 (ext 75567)*

CENTRO: Hospital Universitari Son Espases.

Yo, (*nombre y apellidos*),

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con: (*nombre del investigador*).
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio, si se recogen muestras y solicitar la destrucción de mi muestra, siempre y cuando no haya sido anonimizada:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Comprendo que, si decido retirarme del estudio, los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados si se recogen muestras pero que no se realizarán nuevos análisis de mi muestra, siempre y cuando no haya sido anonimizada.

En el caso de que los resultados de la investigación proporcionen datos que me puedan interesar a mí o a mis familiares: (*indicar una de las casillas*)

- Quiero ser informado.
- No quiero ser informado, pero acepto que mi médico contacte con mis familiares si dichos resultados les pueden afectar.
- Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento de datos, incluso a trasladar mis datos a un tercero autorizado (portabilidad), de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al paciente.

Al término de la investigación mi muestra podrá ser:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente

Destruida

Anonimizada

Incorporada en una colección cuyo responsable es el investigador Alexandra Guiu Martí que se encuentra en urgencias de adultos HUSE, para continuar siendo utilizada en el estudio de cribaje poblacional de infección por VHC.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente