

Consentiment per a la utilització de material biològic sobrant de l'assistència i les dades clíniques associades per a investigació

A l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTP), igual que a la majoria d'hospitals, a més de la tasca assistencial, també es fa recerca. Les mostres que s'obtenen per al diagnòstic o tractament de les malalties, un cop utilitzades amb aquesta finalitat, encara poden ser útils i necessàries per a la investigació de cara a millorar el coneixement sobre les malalties i aconseguir la seva possible curació.

Per això, li sol·licitem l'autorització per utilitzar la informació clínica i el material biològic **sobrant** de les proves que, com a part de l'assistència normal, li hagin fet o li faran a l'HUGTP, sense que això li causi cap molèstia ni risc addicionals. **En cap cas no li practicaran més proves de les necessàries ni tampoc cap prova experimental.**

En el cas que hi doni l'autorització, aquest material biològic passarà a formar part del banc de mostres biològiques de l'hospital, anomenat Biobanc IGTP-HUGTP. Tot i així, vostè o la seva família podran disposar de les mostres quan sigui necessari per motius de salut, sempre que encara estiguin disponibles.

En tota cas, vostè (els menors d'edat, per mitjà del seu tutor o representant legal) podrà exercir els seus drets de consulta, rectificació, cancel·lació o oposició, i també obtenir informació sobre els projectes d'investigació en els quals s'hagin utilitzat les seves mostres dirigint-se a:

Responsable de fitxer del Biobanc IGTP-HUGTP
Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol
Carretera de Can Ruti. Camí de les Escoles s/n
08916, Badalona. Espanya
Tel. 93 497 8653 / 93 557 2831
Adreça electrònica: biobanc@igtp.cat; igtp@igtp.cat

Les mostres cedides només podran ser utilitzades amb finalitat d'investigació biomèdica, en estudis aprovats sempre pel Comitè d'Ètica de la Investigació de l'HUGTP i d'acord amb les lleis actuals. Es codificaran les mostres per a la seva utilització i les dades clíniques associades estaran custodiades d'acord amb la legislació vigent per tal de garantir la confidencialitat. En el cas que les mostres no s'hagin anonimitzades, només tindran accés a les dades personals els investigadors i les persones autoritzades que en garanteixin la confidencialitat.

El Biobanc podrà cedir les dades i mostres a investigadors d'altres centres, però sempre de forma anònima. La cessió haurà de ser aprovada pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica. La cessió de mostres biològiques que vostè fa al Biobanc és gratuïta i voluntària.

En alguns casos es duren a terme estudis genètics amb les mostres donades, a partir de les quals es pot obtenir informació rellevant per a la seva salut i la dels seus familiars. En aquest cas, ens posarem en contacte amb vostè mitjançant les dades que figurin en el seu historial clínic. Naturalment, es respectarà el seu dret a decidir que no li comuniquin els resultats de la investigació en la qual hagin estat utilitzades les seves mostres.

Si vostè decideix signar aquest consentiment, també podrà revocar-lo lliurement en qualsevol moment sol·licitant-ho al responsable de fitxer del Biobanc IGTP-HUGTP o al seu metge de referència a l'hospital. La revocació del consentiment no té cap repercussió negativa en l'assistència sanitària que vostè rep o pogués rebre. En cas de revocació, es destruiran les seves mostres i les dades associades dipositades al Biobanc. En cas d'acceptació, es conservaran indefinidament fins a la seva extinció.

En cas de tancament del Biobanc IGTP-HUGTP, la informació sobre la destinació de les seves mostres estarà a la seva disposició al Registre Nacional de Biobancs per a Investigació Biomèdica.

Autoritzo el Biobanc IGTP-HUGTP a emmagatzemar i utilitzar tant la informació clínica del meu historial mèdic com el material biològic sobrant de les proves que m'han fet o que m'han de fer, amb la finalitat de dur a terme projectes d'investigació, incloent la seva utilització en investigacions internacionals, **amb les següents restriccions:**

Descrigui les restriccions aquí _____ Sí NO

Desitjo que em siguin comunicats els resultats de la investigació **importants** per a la meua salut o la de la meua família Sí NO

Signatura del pacient (NHC)

Professional que informa:

Sr/Sra NIF..... Sr/Sra

o tutor o representant legal (si té menys de 12 anys)

Núm. de col·legiat

Sr/Sra NIF..... **Badalona, de de 20**