

Consentimiento para la utilización de material biológico sobrante de la asistencia y los datos clínicos asociados para investigación

En el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTP), igual que en la mayoría de hospitales, además de la tarea asistencial, también se hace investigación. Las muestras que se obtienen para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades, una vez utilizadas con esta finalidad, aún pueden ser útiles y necesarias para la investigación de cara a mejorar el conocimiento sobre las enfermedades y conseguir su posible curación.

Por esto, le solicitamos la autorización para utilizar la información clínica y el material biológico **sobrante** de las pruebas que, como parte de la asistencia normal, le hayan hecho o le harán en el HUGTP, sin que esto le cause ninguna molestia ni riesgo adicionales. **En ningún caso le practicarán más pruebas de las necesarias ni tampoco ninguna prueba experimental.**

En el caso que dé su autorización, este material biológico pasará a formar parte del banco de muestras biológicas del hospital, denominado Biobanco IGTP-HUGTP. Aun así, usted o su familia podrán disponer de las muestras cuando sea necesario por motivos de salud, siempre que aún estén disponibles.

En cualquier caso, usted (los menores de edad, mediante su tutor o representante legal) podrá ejercer sus derechos de consulta, rectificación, cancelación u oposición, y también obtener información sobre los proyectos de investigación en los que se hayan utilizado sus muestras dirigiéndose a:

Responsable del fichero del Biobanco IGTP-HUGTP
Fundación Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud Germans Trias i Pujol
Carretera de Can Ruti. Camí de les Escoles s/n
08916, Badalona. España
Tel. 93 497 8653 / 93 557 2831
Dirección electrónica: biobanc@igtp.cat; igtp@igtp.cat

Las muestras cedidas solamente podrán ser utilizadas con finalidad de investigación biomédica, en estudios aprobados siempre por el Comité de Ética de la Investigación del HUGTP y de acuerdo con las leyes actuales. Se codificarán las muestras para su utilización y los datos clínicos asociados estarán custodiados de acuerdo con la legislación vigente con tal de garantizar la confidencialidad. En el caso de que las muestras no se hayan anonimizado, solamente tendrán acceso a los datos personales los investigadores y las personas autorizadas que garanticen su confidencialidad.

El Biobanc podrá ceder los datos y muestras a investigadores de otros centros, pero siempre de forma anónima. La cesión tendrá que ser aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica. La cesión de muestras biológicas que usted hace al Biobanco es gratuita y voluntaria.

En algunos casos se realizarán estudios genéticos con las muestras donadas, a partir de las cuales se puede obtener información relevante para su salud y la de sus familiares. En este caso, nos pondremos en contacto con usted mediante los datos que figuren en su historial clínico. Naturalmente, se respetará su derecho a decidir que no le comuniquen los resultados de la investigación en la cual se hayan utilizado sus muestras.

Si usted decide firmar este consentimiento, también podrá revocar-lo libremente en cualquier momento solicitándolo al responsable del fichero del Biobanco IGTP-HUGTP o a su médico de referencia en el hospital. La revocación del consentimiento no tiene ninguna repercusión negativa en la asistencia sanitaria que usted recibe o pudiese recibir. En el caso de revocación, se destruirán sus muestras depositadas en el Biobanc y los datos asociados. En caso de aceptación, se conservaran indefinidamente hasta su extinción.

En caso de cierre del Biobanco IGTP-HUGTP, la información sobre la destinación de sus muestras estará a su disposición en el Registro Nacional de Biobancos para Investigación Biomédica.

.....
Autorizo al Biobanco IGTP-HUGTP a almacenar y utilizar tanto la información clínica de mi historial médico como el material biológico sobrante de las pruebas que me han hecho o que me tienen que hacer, con la finalidad de realizar proyectos de investigación, incluyendo su utilización en investigaciones internacionales, **con las siguientes restricciones:**

Describa las restricciones aquí _____ Sí NO

Deseo que me sean comunicados los resultados de la investigación **importantes** para mi salud o la de mi familia Sí NO

Firma del paciente (NHC)

Profesional que informa:

Sr/Sra _____ NIF _____

Sr/Sra _____

o tutor o representante legal (si tiene menos de 12 años)

Núm. de colegiado _____

Sr/Sra _____ NIF _____

Badalona, de de 20