

CONSENTIMENT PER ESCRIT (menor d'edat)

Consentiment informat per a la donació voluntària de mostres biològiques per a investigació al BICUIB

DECLARACIÓ DEL DONANT:

Sr./Sra, amb domicili a i DNI
....., en qualitat de representant (en cas de minoria legal o incapacitat) del pacient Sr./ Sra
..... de anys d'edat, amb domicili
..... i DNI

DECLARO

- Que he llegit el full d'informació que se m'ha entregat.
- Que he pogut fer totes les preguntes que m'ha suscitat la meva donació al Biobanc.

Que he sigut informat pel professional de salut sotasignant:

- Sobre els avantatges i inconvenients d'aquest procediment.
- Sobre el lloc d'obtenció, emmagatzematge i el procés que rebran les dades personals i les mostres.
- Que les meves mostres i dades personals seran proporcionades reversiblement codificades als investigadors beneficiaris de la cessió de mostres necessàries per a investigació.
- Que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment de cessió de mostres i sol·licitar l'accés, rectificació, cancel·lació o oposició de totes les meves dades personals emmagatzemades al BICUIB mitjançant escrit dirigit al mateix (BICUIB. Universitat de les Illes Balears. Ed. Instituts Universitaris de Recerca Campus UIB. Ctra. Valldemossa s/n. 07122 - Palma) o mitjançant l'organisme que me proporciona aquest consentiment. Aquesta eliminació no s'estendria a les dades resultats de les investigacions que ja s'haguessin dut a terme.
- Que he comprès la informació rebuda i he resolt els meus dubtes mitjançant les preguntes que he considerat oportunes.

CONSENTO

- La incorporació de mostres, que dono voluntàriament, al BICUIB pe seu processament i emmagatzematge.
- Que el Biobanc i mitjançant els acords de cessió d'aquest, altres centres d'investigació pública o privada, emprin les mostres cedides i les dades associades, incloent la informació sobre la salut, per a investigacions biomèdiques, mantenint sempre la confidencialitat de les meves dades en els termes legals que marca la Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades de Caràcter Personal i la Llei 14/2007 d'Investigació Biomèdica.

Accedeixo (marqui sí o no) a que el professional de salut mèdica pugui contactar amb mi en el futur en cas que s'estimi oportú afegir noves dades a les ja recopilades i/o sol·licitar-me la donació de noves mostres al BICUIB.

SI NO

Signatura del representant del DONANT:

Declaració del professional de salut:

He informat degudament al donant

Sr./Sra.....

Dr/a.....

A a de de 20...

A a de de 20...

Aquest document es signarà per triplicat, quedant una còpia al Biobanc BICUIB, una altra en mans del pacient i la tercera al centre on es va obtenir la mostra.

EXEMPLAR PER AL PACIENT

CONSENTIMENT PER ESCRIT (menor d'edat)

Consentiment informat per a la donació voluntària de mostres biològiques per a investigació al BICUIB

DECLARACIÓ DEL DONANT:

Sr./Sra, amb domicili a i DNI
....., en qualitat de representant (en cas de minoria legal o incapacitat) del pacient Sr./ Sra
..... de anys d'edat, amb domicili
..... i DNI

DECLARO

- Que he llegit el full d'informació que se m'ha entregat.
- Que he pogut fer totes les preguntes que m'ha suscitat la meva donació al Biobanc.

Que he sigut informat pel professional de salut sotasignant:

- Sobre els avantatges i inconvenients d'aquest procediment.
- Sobre el lloc d'obtenció, emmagatzematge i el procés que rebran les dades personals i les mostres.
- Que les meves mostres i dades personals seran proporcionades reversiblement codificades als investigadors beneficiaris de la cessió de mostres necessàries per a investigació.
- Que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment de cessió de mostres i sol·licitar l'accés, rectificació, cancel·lació o oposició de totes les meves dades personals emmagatzemades al BICUIB mitjançant escrit dirigit al mateix (BICUIB. Universitat de les Illes Balears. Ed. Instituts Universitaris de Recerca Campus UIB. Ctra. Valldemossa s/n. 07122 - Palma) o mitjançant l'organisme que me proporciona aquest consentiment. Aquesta eliminació no s'estendria a les dades resultats de les investigacions que ja s'haguessin dut a terme.
- Que he comprès la informació rebuda i he resolt els meus dubtes mitjançant les preguntes que he considerat oportunes.

CONSENTO

- La incorporació de mostres, que dono voluntàriament, al BICUIB pe seu processament i emmagatzematge.
- Que el Biobanc i mitjançant els acords de cessió d'aquest, altres centres d'investigació pública o privada, emprin les mostres cedides i les dades associades, incloent la informació sobre la salut, per a investigacions biomèdiques, mantenint sempre la confidencialitat de les meves dades en els termes legals que marca la Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades de Caràcter Personal i la Llei 14/2007 d'Investigació Biomèdica.

Accedeixo (marqui sí o no) a que el professional de salut mèdica pugui contactar amb mi en el futur en cas que s'estimi oportú afegir noves dades a les ja recopilades i/o sol·licitar-me la donació de noves mostres al BICUIB.

SI NO

Signatura del representant del DONANT:

Declaració del professional de salut:

He informat degudament al donant

Sr./Sra.....

Dr/a.....

A a de de 20...

A a de de 20...

Aquest document es signarà per triplicat, quedant una còpia al Biobanc BICUIB, una altra en mans del pacient i la tercera al centre on es va obtenir la mostra.

EXEMPLAR PER AL BICUIB

CONSENTIMENT PER ESCRIT (menor d'edat)

Consentiment informat per a la donació voluntària de mostres biològiques per a investigació al BICUIB

DECLARACIÓ DEL DONANT:

Sr./Sra, amb domicili a i DNI
....., en qualitat de representant (en cas de minoria legal o incapacitat) del pacient Sr./ Sra
..... de anys d'edat, amb domicili
..... i DNI

DECLARO

- Que he llegit el full d'informació que se m'ha entregat.
- Que he pogut fer totes les preguntes que m'ha suscitat la meva donació al Biobanc.

Que he sigut informat pel professional de salut sotasignant:

- Sobre els avantatges i inconvenients d'aquest procediment.
- Sobre el lloc d'obtenció, emmagatzematge i el procés que rebran les dades personals i les mostres.
- Que les meves mostres i dades personals seran proporcionades reversiblement codificades als investigadors beneficiaris de la cessió de mostres necessàries per a investigació.
- Que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment de cessió de mostres i sol·licitar l'accés, rectificació, cancel·lació o oposició de totes les meves dades personals emmagatzemades al BICUIB mitjançant escrit dirigit al mateix (BICUIB. Universitat de les Illes Balears. Ed. Instituts Universitaris de Recerca Campus UIB. Ctra. Valldemossa s/n. 07122 - Palma) o mitjançant l'organisme que me proporciona aquest consentiment. Aquesta eliminació no s'estendria a les dades resultats de les investigacions que ja s'haguessin dut a terme.
- Que he comprès la informació rebuda i he resolt els meus dubtes mitjançant les preguntes que he considerat oportunes.

CONSENTO

- La incorporació de mostres, que dono voluntàriament, al BICUIB pe seu processament i emmagatzematge.
- Que el Biobanc i mitjançant els acords de cessió d'aquest, altres centres d'investigació pública o privada, emprin les mostres cedides i les dades associades, incloent la informació sobre la salut, per a investigacions biomèdiques, mantenint sempre la confidencialitat de les meves dades en els termes legals que marca la Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades de Caràcter Personal i la Llei 14/2007 d'Investigació Biomèdica.

Accedeixo (marqui sí o no) a que el professional de salut mèdica pugui contactar amb mi en el futur en cas que s'estimi oportú afegir noves dades a les ja recopilades i/o sol·licitar-me la donació de noves mostres al BICUIB.

SI NO

Signatura del representant del DONANT:

Declaració del professional de salut:

He informat degudament al donant

Sr./Sra.....

Dr/a.....

A a de de 20...

A a de de 20...

Aquest document es signarà per triplicat, quedant una còpia al Biobanc BICUIB, una altra en mans del pacient i la tercera al centre on es va obtenir la mostra.

EJEMPLAR PER AL CENTRE D'OBTENCIÓ DE LA MUESTRA

REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT

Jo, Sr./Sra amb DNI revoco el consentiment atorgat al BICUIB en data de de 20..... i no desitjo proseguir la donació voluntària especificada al document, que don en aquesta data per finalitzada.

Per això, sol·licito:

- Anonimització de les mostres.
- Destrucció de les mostres i les dades associades .

Signatura del DONANT.:

A a de de 20.....

REMETRE A:

Biobanc de Càlculs Renals de la Universitat de les Illes Balears
Edifici Instituts Universitaris de Recerca
Universitat de les Illes Balears
Ctra. Valldemossa km 7.5
07122 – Palma de Mallorca

Email: renal.lithiasis.lab@uib.es