hm hospitales

Consentimiento informado para la obtención de muestra de tejidos y su inclusión en el banco de tejidos del grupo hospitalario hm

Don/Doñaé .é é é é é é ..é .é é é . de é é é é é años de edad, con domicilio ené é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é é , DNI nºé é é é é é é y Nº de ingreso é é é é é é é

Don/Doñaé .é é é é é é ..é .é é é . de é é é é é años de edad, con domicilio ené é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é , DNI nºé é é é é é é en calidad de *(representante legal, familiar**é**)* ***é é é é é é é é é é é é é é é*** ..... del paciente é é ..é é é é é é é é é é é é é é é é é .é ...

DECLARO

Que el Dr./a .....é ..., me ha explicado el interés de utilizar muestras resultantes de la intervención a la que seré sometido/a con intención de investigación.

1- Las muestras que se utilizarán para investigación solo serán obtenidas del excedente necesario para el diagnóstico anatomopatológico o clínico.
2- Todos los procedimientos que se utilicen con las muestras, así como la intención de la investigación a desarrollar estará acogida a los supuestos contemplados en el CONVENIO PARA LA PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO CON RESPECTO A LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGIA Y LA MEDICINA, redactado en Oviedo el día 4 de Abril de 1997 y firmado el 23 de Julio de 1999.
3- De acuerdo con dicho Convenio, ninguna muestra será objeto de lucro (artículo 21) y no podrán ser utilizadas con una finalidad distinta de aquella para la que se informa en el presente documento (articulo 22).
4- Las muestras se almacenarán con procedimientos estandarizados, garantizándose la confidencialidad de los datos personales.
5- Las muestras se utilizarán exclusivamente con un fin de investigación, en este caso, el análisis de expresión genética con objeto de poder disponer de datos biológicos que, en su momento, mejoren los tratamientos disponibles en la actualidad.

CONSIENTO que se utilicen las muestras sobrantes para investigación.

Fdo.: El Médico
Nº de Colegiado:

Fdo.: El Paciente
(o representante)

En é é é é é é é é é é é é .....é é é
(Lugar y fecha)

En caso de **REVOCACION/DENEGACIÓN** *(táchese lo que no preceda)* del consentimiento:

Fdo.: El Médico
Nº de Colegiado:

Fdo.: El Paciente
(o representante)

En é é é é é é é é é é é é .....é é é
(Lugar y fecha)