



Consentimiento informado para la donación de muestras biológicas y/o autorización de acceso a datos para un proyecto específico gestionado por el Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía y uso posterior del sobrante de muestras en otros proyectos.

DATOS DEL/DE LA DONANTE Y DE SU REPRESENTANTE (éste último sólo en caso de incapacidad del/de la donante):

Apellidos y nombre del/de la Donante:

.....

DNI / NIE:

Apellidos y nombre del/de la representante legal (cuando proceda):

.....

DNI / NIE:

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO:

Los siguientes profesionales declaran que se ha explicado la información relativa a la donación de muestras biológicas:

Apellidos y nombre

.....

DNI / NIE:

CONSENTIMIENTO:

Yo, D./Dña. declaro que **he leído y comprendido el documento informativo**, que acompaña a este consentimiento y del que se me ha entregado un ejemplar.

He **recibido suficiente información** sobre el estudio _____

(*Título del proyecto*)

y sobre el Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía que podrá entregar las muestras y datos para otros proyectos relacionados con la misma línea o área de investigación garantizando siempre el cumplimiento de la legislación vigente.

(*Indicar Línea/Área Investigación según capítulos CIE-10*):

Usted autoriza a que las muestras y datos sobrantes puedan ser cedidas también a proyectos de las siguientes áreas o líneas de investigación:

- Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)
- Neoplasias (C00-D49)
- Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico (D50-D89)
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E89)
- Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico (F01-F99)

Ejemplar para Biobanco



- Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)
- Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)
- Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)
- Enfermedades del aparato circulatorio (I00-I99)
- Enfermedades del aparato respiratorio (J00-J99)
- Enfermedades del aparato digestivo (K00-K95)
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)
- Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)
- Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)
- Embarazo, parto y puerperio (O00-O9A)
- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)
- Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00-T88)

Así mismo, consiente que las muestras puedan ser utilizadas para otros fines:

- Docencia
- Control de calidad

He podido hacer preguntas sobre la información recibida y hablar con el profesional indicado, quien me ha resuelto todas las dudas que le he planteado.

Deseo que dichas muestras y los datos clínicos asociados se incorporen en el Biobanco de forma:

- Codificada** (serán identificadas con un código que protege mi identidad, siendo posible volver a ligarlas conmigo) o
- Anonimizada** (no se podrán asociar las muestras conmigo, por haberse eliminado de forma irreversible la vinculación entre las mismas y mi identidad).

Autorizo que se pueda **contactar conmigo posteriormente** (siempre que no se trate de muestras anonimizadas):

- SI
- NO

En caso afirmativo, por favor, indique los medios para hacerlo:

Teléfono: *(indicar número)*.....

Correo electrónico: *(indicar dirección)*.....

Otros: *(identificar)*.....

Ejemplar para Biobanco



Autorizo a **recibir información** sobre datos genéticos y/o datos relevantes para mi salud (si solicita que las muestras sean anonimizadas, no podrá recibir esta información)

Marque lo que proceda:

- SI
 NO

Comprendo que puedo retirarme del estudio o retirar las muestras del Biobanco del SSPA:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad a participar en el proyecto informado y al tratamiento de mis muestras y datos en los términos informados.

En _____, a _____ de _____ de _____

EL/LA DONANTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del/de la donante)
Fdo.:	Fdo.:

PROFESIONAL QUE INFORMA
Fdo.:

Ejemplar para Biobanco



Consentimiento informado para la donación de muestras biológicas y/o autorización de acceso a datos para un proyecto específico gestionado por el Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía y uso posterior del sobrante de muestras en otros proyectos.

DATOS DEL/DE LA DONANTE Y DE SU REPRESENTANTE (éste último sólo en caso de incapacidad del/de la donante):

Apellidos y nombre del/de la Donante:

.....

DNI / NIE:

Apellidos y nombre del/de la representante legal (cuando proceda):

.....

DNI / NIE:

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO:

Los siguientes profesionales declaran que se ha explicado la información relativa a la donación de muestras biológicas:

Apellidos y nombre

.....

DNI / NIE:

CONSENTIMIENTO:

Yo, D./Dña. declaro que **he leído y comprendido el documento informativo**, que acompaña a este consentimiento y del que se me ha entregado un ejemplar.

He **recibido suficiente información** sobre el estudio _____

(*Título del proyecto*)

y sobre el Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía que podrá entregar las muestras y datos para otros proyectos relacionados con la misma línea o área de investigación garantizando siempre el cumplimiento de la legislación vigente.

(Indicar Línea/Área Investigación según capítulos CIE-10):

.....

Usted autoriza a que las muestras y datos sobrantes puedan ser cedidas también a proyectos de las siguientes áreas o líneas de investigación:

- Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)
- Neoplasias (C00-D49)
- Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico (D50-D89)
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E89)
- Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico (F01-F99)

Ejemplar para el Donante



- Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)
- Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)
- Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)
- Enfermedades del aparato circulatorio (I00-I99)
- Enfermedades del aparato respiratorio (J00-J99)
- Enfermedades del aparato digestivo (K00-K95)
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)
- Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)
- Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)
- Embarazo, parto y puerperio (O00-O9A)
- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)
- Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00-T88)

Así mismo, consiente que las muestras puedan ser utilizadas para otros fines:

- Docencia
- Control de calidad

He podido hacer preguntas sobre la información recibida y hablar con el profesional indicado, quien me ha resuelto todas las dudas que le he planteado.

Deseo que dichas muestras y los datos clínicos asociados se incorporen en el Biobanco de forma:

- Codificada** (serán identificadas con un código que protege mi identidad, siendo posible volver a ligarlas conmigo) o
- Anonimizada** (no se podrán asociar las muestras conmigo, por haberse eliminado de forma irreversible la vinculación entre las mismas y mi identidad).

Autorizo que se pueda **contactar conmigo posteriormente** (siempre que no se trate de muestras anonimizadas):

- SI
- NO

En caso afirmativo, por favor, indique los medios para hacerlo:

Teléfono: *(indicar número)*.....

Correo electrónico: *(indicar dirección)*.....

Otros: *(identificar)*.....

Ejemplar para el Donante



Autorizo a **recibir información** sobre datos genéticos y/o datos relevantes para mi salud (si solicita que las muestras sean anonimizadas, no podrá recibir esta información)

Marque lo que proceda:

- SI
 NO

Comprendo que puedo retirarme del estudio o retirar las muestras del Biobanco del SSPA:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad a participar en el proyecto informado y al tratamiento de mis muestras y datos en los términos informados.

En _____, a _____ de _____ de _____

EL/LA DONANTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del/de la donante)
Fdo.:	Fdo.:

PROFESIONAL QUE INFORMA
Fdo.:

Ejemplar para el Donante



Consentimiento informado para la donación de muestras biológicas y/o autorización de acceso a datos para un proyecto específico gestionado por el Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía y uso posterior del sobrante de muestras en otros proyectos.

DATOS DEL/DE LA DONANTE Y DE SU REPRESENTANTE (éste último sólo en caso de incapacidad del/de la donante):

Apellidos y nombre del/de la Donante:

.....

DNI / NIE:

Apellidos y nombre del/de la representante legal (cuando proceda):

.....

DNI / NIE:

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO:

Los siguientes profesionales declaran que se ha explicado la información relativa a la donación de muestras biológicas:

Apellidos y nombre

.....

DNI / NIE:

CONSENTIMIENTO:

Yo, D./Dña. declaro que **he leído y comprendido el documento informativo**, que acompaña a este consentimiento y del que se me ha entregado un ejemplar.

He **recibido suficiente información** sobre el estudio _____

(*Título del proyecto*)

y sobre el Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía que podrá entregar las muestras y datos para otros proyectos relacionados con la misma línea o área de investigación garantizando siempre el cumplimiento de la legislación vigente.

(Indicar Línea/Área Investigación según capítulos CIE-10):

.....

Usted autoriza a que las muestras y datos sobrantes puedan ser cedidas también a proyectos de las siguientes áreas o líneas de investigación:

- Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)
- Neoplasias (C00-D49)
- Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico (D50-D89)
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E89)
- Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico (F01-F99)

Ejemplar para el Investigador



- Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)
- Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)
- Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)
- Enfermedades del aparato circulatorio (I00-I99)
- Enfermedades del aparato respiratorio (J00-J99)
- Enfermedades del aparato digestivo (K00-K95)
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)
- Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)
- Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)
- Embarazo, parto y puerperio (O00-O9A)
- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)
- Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00-T88)

Así mismo, consiente que las muestras puedan ser utilizadas para otros fines:

- Docencia
- Control de calidad

He podido hacer preguntas sobre la información recibida y hablar con el profesional indicado, quien me ha resuelto todas las dudas que le he planteado.

Deseo que dichas muestras y los datos clínicos asociados se incorporen en el Biobanco de forma:

- Codificada** (serán identificadas con un código que protege mi identidad, siendo posible volver a ligarlas conmigo) o
- Anonimizada** (no se podrán asociar las muestras conmigo, por haberse eliminado de forma irreversible la vinculación entre las mismas y mi identidad).

Autorizo que se pueda **contactar conmigo posteriormente** (siempre que no se trate de muestras anonimizadas):

- SI
- NO

En caso afirmativo, por favor, indique los medios para hacerlo:

Teléfono: *(indicar número)*.....

Correo electrónico: *(indicar dirección)*.....

Otros: *(identificar)*.....

Ejemplar para el Investigador



Autorizo a **recibir información** sobre datos genéticos y/o datos relevantes para mi salud (si solicita que las muestras sean anonimizadas, no podrá recibir esta información)

Marque lo que proceda:

- SI
 NO

Comprendo que puedo retirarme del estudio o retirar las muestras del Biobanco del SSPA:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad a participar en el proyecto informado y al tratamiento de mis muestras y datos en los términos informados.

En _____, a _____ de _____ de _____

EL/LA DONANTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del/de la donante)
Fdo.:	Fdo.:

PROFESIONAL QUE INFORMA
Fdo.:

Ejemplar para el Investigador