

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: (Spanish Partnership on Autoimmune Neuropathies) Protocolo
Investigador Integral en NAI

El participante del estudio ha indicado que no puede leer /escribir. Un miembro del personal del estudio le ha leído el documento Hoja de información al participante, lo ha revisado y comentado con el participante y se le ha concedido la oportunidad de hacer preguntas o consultarlo con otras personas. El testigo ha de ser una persona imparcial, ajena al estudio.

Yo..... (nombre y apellidos del testigo) declaro bajo mi responsabilidad que..... (nombre y apellidos del participante)
Ha leído (ó se le ha leído, en el caso en que el paciente no pueda leer), la hoja de información que se le ha entregado.
Ha podido hacer preguntas sobre el estudio.
Ha recibido suficiente información sobre el estudio.
Ha hablado con:

.....

(nombre y apellidos del investigador) Comprende que su participación es voluntaria. Comprende que puede retirarse del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

- Ha expresado libremente su conformidad para participar en este estudio y da su consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.
Deseo que me comuniquen la información derivada de las pruebas genéticas realizadas siempre que tengan relevancia para mi salud

☐ SÍ

☐ NO

Teléfono o email de contacto:

El participante autoriza que la información recogida sea utilizada en estudios futuros sobre áreas relacionadas al estudio actual

☐ SÍ ☐ NO

Autorizo el uso secundario de los datos con finalidad científica a través de repositorios públicos con las debidas garantías de seguridad y confidencialidad

☐ SÍ ☐ NO

.....

Firma del testigo

Fecha:

.....

Firma del investigador

Fecha:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente