

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_ y edad de \_\_\_\_\_ años  
He sido informado por \_\_\_\_\_ con Núm. Col. \_\_\_\_\_ y

**He resuelto cualquier duda** que pudiera tener y he decidido colaborar con el Proyecto de Investigación GCAT en los términos explicados en el documento de información para pacientes facilitado.

### He sido informado y he entendido:

- i** la información que se me ha proporcionado relacionada con el programa de investigación epidemiológica y genómica en salud del proyecto GCAT, de sus objetivos, así como el lugar de obtención; procesamiento y almacenaje de los datos personales y las muestras;
- ii** que además de los datos recogidos en el cuestionario GCAT, otros datos relacionados con los objetivos de la investigación, serán recogidos a partir de los registros públicos de salud; registros hospitalarios, registros de urgencias, registros de atención primaria, siempre con mi acuerdo y con el concurso de la Consejería de Salud de Cataluña;
- iii** que de acuerdo con los objetivos del programa de investigación GCAT, podré ser contactado en el futuro para la actualización de los datos ya recogidos, o para la adquisición de nuevos datos en caso necesario, siempre con mi consentimiento previo;
- iv** los objetivos, las ventajas e inconvenientes del procedimiento;
- v** que la donación de la muestra y aportación de datos es totalmente voluntaria;
- vi** que las muestras y datos serán destinados exclusivamente a la investigación;
- vii** que el programa de investigación GCAT mantendrá en secreto mi identidad y que se identificarán mis muestras y datos con un sistema de codificación;
- viii** que soy libre de revocar mi consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo, sin tener que dar explicaciones, dirigiéndome al Dr. Rafael de Cid, responsable de Projecte GCAT. IMPPC. Ctra. de Can Ruti, Camí de les Escoles s/n. 08916 Badalona.

En caso afirmativo, si lo ha entendido y **quiere participar como voluntario GCAT**, por favor, **marque la opción SÍ en las opciones correspondientes.**

1. Autorizo que el material biológico donado y los datos recogidos destinados a la investigación mediante el cuestionario se almacenarán en el Biobanco del Institut de Medicina Predictiva i Personalitzada del Càncer:  SÍ  NO
2. Autorizo la recogida de datos de salud sobre la mi persona, a partir de los registros de la Seguridad Social, de los hospitales y otros registros de salud (i.e, altas hospitalarias, admisiones a urgencias, prescripción de medicamentos, consumo de medicamentos, análisis bioquímicos, procedimientos quirúrgicos, procedimientos de cribado): \_\_\_\_\_  SÍ  NO
3. Autorizo que el material biológico y los datos recogidos se utilicen para proyectos de investigación biomédica, nacionales e internacionales, aprobados por el Comité Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol u otros comités que se establezcan según la legislación vigente para muestras dedicadas a la investigación biomédica: \_\_\_\_\_  SÍ  NO
4. Autorizo que en el futuro se me contacte por parte del equipo GCAT para actualizar y proporcionar en caso necesario nuevos datos en relación a los objetivos de la investigación: \_\_\_\_\_  SÍ  NO

Si ha decidido participar en el GCAT, por favor, de las preguntas siguientes señale **las opciones deseadas.**  
**A continuación firme esta hoja.**

5. Deseo que se me comunique la información derivada de la investigación que sea realmente relevante y aplicable para la mejora de mi salud o de mi familia: \_\_\_\_\_  SÍ  NO
6. He expresado mi deseo de que se respeten las siguientes excepciones respecto al objetivo y métodos de las investigaciones:  
\_\_\_\_\_

**Donante**

Firma

**Persona que informa**

Firma

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_ y edad de \_\_\_\_\_ años  
He sido informado por \_\_\_\_\_ con Núm. Col. \_\_\_\_\_ y

**He resuelto cualquier duda** que pudiera tener y he decidido colaborar con el Proyecto de Investigación GCAT en los términos explicados en el documento de información para pacientes facilitado.

### He sido informado y he entendido:

- i** la información que se me ha proporcionado relacionada con el programa de investigación epidemiológica y genómica en salud del proyecto GCAT, de sus objetivos, así como el lugar de obtención; procesamiento y almacenaje de los datos personales y las muestras;
- ii** que además de los datos recogidos en el cuestionario GCAT, otros datos relacionados con los objetivos de la investigación, serán recogidos a partir de los registros públicos de salud; registros hospitalarios, registros de urgencias, registros de atención primaria, siempre con mi acuerdo y con el concurso de la Consejería de Salud de Cataluña;
- iii** que de acuerdo con los objetivos del programa de investigación GCAT, podré ser contactado en el futuro para la actualización de los datos ya recogidos, o para la adquisición de nuevos datos en caso necesario, siempre con mi consentimiento previo;
- iv** los objetivos, las ventajas e inconvenientes del procedimiento;
- v** que la donación de la muestra y aportación de datos es totalmente voluntaria;
- vi** que las muestras y datos serán destinados exclusivamente a la investigación;
- vii** que el programa de investigación GCAT mantendrá en secreto mi identidad y que se identificarán mis muestras y datos con un sistema de codificación;
- viii** que soy libre de revocar mi consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo, sin tener que dar explicaciones, dirigiéndome al Dr. Rafael de Cid, responsable de Projecte GCAT. IMPPC. Ctra. de Can Ruti, Camí de les Escoles s/n. 08916 Badalona.

En caso afirmativo, si lo ha entendido y **quiere participar como voluntario GCAT**, por favor, **marque la opción SÍ en las opciones correspondientes.**

1. Autorizo que el material biológico donado y los datos recogidos destinados a la investigación mediante el cuestionario se almacenarán en el Biobanco del Institut de Medicina Predictiva i Personalitzada del Càncer:  SÍ  NO
2. Autorizo la recogida de datos de salud sobre la mi persona, a partir de los registros de la Seguridad Social, de los hospitales y otros registros de salud (i.e. altas hospitalarias, admisiones a urgencias, prescripción de medicamentos, consumo de medicamentos, análisis bioquímicos, procedimientos quirúrgicos, procedimientos de cribado): \_\_\_\_\_  SÍ  NO
3. Autorizo que el material biológico y los datos recogidos se utilicen para proyectos de investigación biomédica, nacionales e internacionales, aprobados por el Comité Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol u otros comités que se establezcan según la legislación vigente para muestras dedicadas a la investigación biomédica: \_\_\_\_\_  SÍ  NO
4. Autorizo que en el futuro se me contacte por parte del equipo GCAT para actualizar y proporcionar en caso necesario nuevos datos en relación a los objetivos de la investigación: \_\_\_\_\_  SÍ  NO

Si ha decidido participar en el GCAT, por favor, de las preguntas siguientes señale **las opciones deseadas.**  
**A continuación firme esta hoja.**

5. Deseo que se me comunique la información derivada de la investigación que sea realmente relevante y aplicable para la mejora de mi salud o de mi familia: \_\_\_\_\_  SÍ  NO
6. He expresado mi deseo de que se respeten las siguientes excepciones respecto al objetivo y métodos de las investigaciones:  
\_\_\_\_\_

**Donante**

Firma

**Persona que informa**

Firma

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_