

Consentiment informat per a la donació de membrana amniòtica

Se li ha sol·licitat la donació dels seus teixits perinatals, en concret la placenta, que es produiria una vegada hagi donat a llum mitjançant cesària electiva o part vaginal. Aquests teixits es faran servir per usos terapèutics a diferents especialitats a on està demostrada la seva efectivitat.

El procés de donació no suposa un procediment invasiu o diferent del que ja te programat a excepció de prendre-li una mostra de sang. La donació és totalment voluntària i la seva decisió, tant de ser donant com de no ser donant, en cap cas condiona el seu tractament.

Amb la meua signatura verifico que m'han estat explicats els següents punts:

- Se m'ha sol·licitat que permeti l'obtenció d'una mostra de sang per tal de descartar la presència de malalties infeccioses com ara HIV, HTLV, VHB, VHC o Sífilis, així como aquelles que puguin determinar els metges per garantir la viabilitat de la donació. Un resultat positiu confirmat li serà comunicat al personal responsable del Dept. d'Obstetrícia perquè m'informi i em derivi al corresponent especialista per seguiment si fos necessari.
- Entenc que la donació és un fet voluntari i gratuït i que no rebré cap compensació econòmica. Els costos directament relacionats amb la donació mai em seran repercutits.
- La meua signatura en aquest consentiment informat servirà com autorització als metges que m'atenen i a l'hospital per fer efectiva la donació tot enviant el teixit al Banc de Teixits del BST i facilitant l'accés als registres mèdics que permetin garantir la idoneïtat d'aquesta donació d'acord amb la legislació vigent. Aquesta autorització pot ser revocada en qualsevol moment. Aquesta autorització s'entén sense perjudici del corresponent consentiment informat que hem puguin fer signar per dipositar la meua mostra amb finalitats de recerca al Banc de Teixits del BST.

He llegit aquest consentiment informat, o se m'ha llegit, i se m'ha lliurat una còpia. He tingut l'oportunitat de preguntar els meus dubtes i se m'ha donat resposta a les mateixes.

D'acord amb l'establert al Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'abril relatiu a la protecció de les persones físiques en relació al tractament de les seves dades personals (en endavant el "Reglament"), l'informem que el responsable del tractament de les seves dades és l'Hospital Clínic de Barcelona (en endavant "HCB"), amb CIF Q0802070C, i domicili a Barcelona, carrer Villarroel 170. Pot contactar amb el Delegat de Protecció de Dades a través de protecciondades@clinic.cat o dirigint-se a la Unitat d'Atenció a la Ciutadania, ubicada al C/ Villarroel 170, primera planta, de Barcelona. Les seves dades seran tractades amb finalitats assistencials i per a gestionar la seva donació per part dels professionals de l'HCB, de conformitat amb el que estableix l'article 9.2. i 3 del Reglament, i la corresponent normativa que el desenvolupa. Únicament li demanarem aquelles dades que siguin necessàries per a la seva assistència i gestió de la seva donació. Les seves dades es cediran a altres dispositius assistencials, concretament al Banc de Sang i Teixits, a l'OCATT, la ONT o a l'Administració sempre que una norma de rang legal ho autoritzi, principalment amb finalitats assistencials. Vostè té dret a accedir a les seves dades, sol·licitar la rectificació de les dades inexactes o, si és el cas, sol·licitar la seva supressió. Així com limitar el seu tractament, oposar-se i retirar el consentiment del seu ús per a determinades finalitats. Aquests drets els pot exercir dirigint-se a la Unitat d'Atenció a la Ciutadania de l'Hospital Clínic de Barcelona ubicada al C/ Villarroel 170, primera planta, de Barcelona, o a través del correu electrònic protecciondades@clinic.cat. Així mateix l'informem del seu dret a presentar una reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades front qualsevol actuació de l'HCB que consideri que vulnera els seus drets.

Amb data _____ dono el meu consentiment per a la donació de la placenta i el tractament de les dades indicades en aquest document.

Informació de la donant

Nom i Cognoms (en majúscula):

CIP:

Adreça:

Codi Postal i Població:

Telèfon de contacte:

Correu-e (opcional)

Signatura:

Professional del BTB/Centre que gestiona la donació

Nom i Cognoms (en majúscula):

Signatura:

Consentimiento informado para la donación de membrana amniótica

Se le ha solicitado la donación de sus tejidos perinatales, en concreto la placenta, que se producirá una vez haya dado a luz mediante cesárea electiva o parto vaginal. Estos tejidos se utilizarán para usos terapéuticos en diferentes especialidades en las que está demostrada su efectividad.

El proceso de donación no supone un procedimiento invasivo o diferente del que ya tiene programado excepto la obtención de una muestra de sangre. La donación es totalmente voluntaria y su decisión, tanto de ser donante como de no ser donante, en ningún caso condiciona su tratamiento.

Con mi firma verifico que se me han explicado los siguientes puntos:

- Se me ha solicitado que permita la obtención de una muestra de sangre para descartar la presencia de enfermedades infecciosas como HIV, HTLV, VHB, VHC o Sífilis, así como aquellas que puedan determinar los médicos para garantizar la viabilidad de la donación. Un resultado positivo confirmado será comunicado al personal responsable del Dept. de Obstetricia para que me informe y me derive al especialista correspondiente para seguimiento si fuese necesario.
- Entiendo que la donación es un hecho voluntario y que no recibiré ninguna compensación económica. Los costes directamente relacionados con la donación nunca me serán repercutidos.
- Mi firma en este consentimiento informado servirá como autorización a los médicos que me atienden y al hospital para hacer efectiva la donación enviando el tejido al Banco de Tejidos del BST y facilitar el acceso a los registros médicos que peritan garantizar la idoneidad de la donación de acuerdo con la legislación vigente. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento. Esta autorización se entiende sin perjuicio del correspondiente consentimiento informado que pueda firmar para depositar mi muestra con finalidades de investigación en el Banco de Tejidos del BST.

He leído este consentimiento informado, o se me ha leído, y se me ha facilitado una copia. He tenido la oportunidad de preguntar mis dudas y se me ha dado respuesta a las mismas.

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril relativo a la protección de las personas físicas en relación al tratamiento de sus datos personales (en adelante el "Reglamento"), le informamos que el responsable del tratamiento de sus datos es el Hospital Clínic de Barcelona (en adelante "HCB"), con CIF Q0802070C, y domicilio en Barcelona, calle Villarroel 170. Puede contactar con el Delegado de Protección de Datos a través de protecciodades@clinic.cat o dirigiéndose a la Unidad de Atención a la Ciudadanía, ubicada en C/ Villarroel 170, primera planta, de Barcelona. Sus datos serán tratados con finalidades asistenciales y para gestionar su donación por parte de los profesionales del HCB, de conformidad con lo que establece el artículo 9.2. i 3 del Reglamento, y la correspondiente normativa que lo desarrolla. Únicamente le pediremos aquellos datos que sean necesarios para su asistencia y gestión de su donación. Sus datos se cederán a otros dispositivos asistenciales, concretamente al Banc de Sang i Teixits, la OCATT, la ONT, o a la Administración siempre que una norma de rango legal lo autorice, principalmente con finalidades asistenciales. Usted tiene derecho a acceder a sus datos, solicitar la rectificación de los datos inexactos o, si es el caso solicitar su supresión. Así como limitar su tratamiento, oponerse y retirar el consentimiento de su uso para determinadas finalidades. Estos derechos los puede ejercer dirigiéndose a la Unidad de Atención a la Ciudadanía del Hospital Clínic ubicada en C/ Villarroel 170, primera planta, de Barcelona, o a través del correo electrónico protecciodades@clinic.cat. Así mismo le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la *Autoritat Catalana de Protecció de Dades* frente a cualquier actuación del HCB que considere que vulnera sus derechos.

Con fecha _____ doy mi consentimiento para la donación de la placenta y el tratamiento de los datos indicados en este documento.

Información de la donante

Nombre y Apellidos (en mayúscula):

CIP:

Dirección:

Código Postal y Población:

Teléfono de contacto:

Correo-e (opcional)

Firma:

Profesional del BTB/Centro que gestiona la donación

Nombre y Apellidos (en mayúscula):

Firma: