

### **CONSENTIMENT PER ESCRIT (major d'edat)**

Consentiment informat per a la donació voluntària de mostres biològiques per a investigació al BICUIB

#### **DECLARACIÓ DEL DONANT:**

Jo, Sr./Sra. .... (nom i llinatges) amb DNI .....

#### **DECLARO**

- Que he llegit el full d'informació que se m'ha entregat.
- Que he pogut fer totes les preguntes que m'han sorgit de la meva donació al Biobanc.

Que m'ha informat el professional de salut sotasignat:

- Sobre els avantatges i inconvenients d'aquest procediment.
- Sobre el lloc d'obtenció, emmagatzematge i el procés que patiran les meves dades personals i les mostres.
- Que les meves mostres i dades personals seran proporcionades reversiblement codificades als investigadors beneficiaris de la cessió de mostres necessàries per a la investigació.
- Que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment de cessió de mostres i sol·licitar l'accés, rectificació, cancel·lació o oposició de totes les meves dades personals emmagatzemades pel BICUIB mitjançant escrit dirigit al mateix (BICUIB. Universitat de les Illes Balears. Ed. Instituts Universitaris de Recerca Campus UIB. Ctra. Valldemossa s/n. 07122 - Palma) o a través de l'organisme que em proporciona aquest consentiment. Aquesta eliminació no s'estendria a les dades resultants de les investigacions que ja s'haguessin produït.
- Que he comprès la informació rebuda i he resolt els meus dubtes mitjançant les preguntes que he considerat oportunes.

#### **CONSENTO**

- La incorporació de les meves mostres, que dono voluntàriament, al BICUIB per al seu processament i emmagatzematge.
- Que el Biobanc i a través dels seus acords de cessió, altres centres d'investigació pública o privada, emprin les meves mostres cedides i les dades associades, incloent la informació relativa a la meva salut, per a investigacions biomèdiques, mantenint sempre la confidencialitat de les meves dades d'acord amb els termes legals que marca la Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades de Caràcter Personal i la Llei 14/2007 d'Investigació Biomèdica.

Accedeixo (marqui sí o no) a que el professional de salut mèdica pugui posar-se en contacte amb mi en el futur, en cas que s'estimi oportú per afegir noves dades a les ja recollides, i/o sol·licitar-me la donació de noves mostres al BICUIB.  SI  NO

Signatura del DONANT:

Declaració del professional de salut:

He informat degudament al donant

Sr./Sra.....

Dr/a.....

A ..... a ..... de ..... de 20...

A ..... a ..... de ..... de 20...

**Aquest document es signarà per triplicat, quedant una còpia al Biobanc BICUIB, una altra al pacient i la tercera al centre on es va obtenir la mostra.**

#### **EXEMPLAR PER AL PACIENT**

### **CONSENTIMENT PER ESCRIT (major d'edat)**

Consentiment informat per a la donació voluntària de mostres biològiques per a investigació al BICUIB

#### **DECLARACIÓ DEL DONANT:**

Jo, Sr./Sra. .... (nom i llinatges) amb DNI .....

#### **DECLARO**

- Que he llegit el full d'informació que se m'ha entregat.
- Que he pogut fer totes les preguntes que m'han sorgit de la meva donació al Biobanc.

Que m'ha informat el professional de salut sotasignat:

- Sobre els avantatges i inconvenients d'aquest procediment.
- Sobre el lloc d'obtenció, emmagatzematge i el procés que patiran les meves dades personals i les mostres.
- Que les meves mostres i dades personals seran proporcionades reversiblement codificades als investigadors beneficiaris de la cessió de mostres necessàries per a la investigació.
- Que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment de cessió de mostres i sol·licitar l'accés, rectificació, cancel·lació o oposició de totes les meves dades personals emmagatzemades pel BICUIB mitjançant escrit dirigit al mateix (BICUIB. Universitat de les Illes Balears. Ed. Instituts Universitaris de Recerca Campus UIB. Ctra. Valldemossa s/n. 07122 - Palma) o a través de l'organisme que em proporciona aquest consentiment. Aquesta eliminació no s'estendria a les dades resultants de les investigacions que ja s'haguessin produït.
- Que he comprès la informació rebuda i he resolt els meus dubtes mitjançant les preguntes que he considerat oportunes.

#### **CONSENTO**

- La incorporació de les meves mostres, que dono voluntàriament, al BICUIB per al seu processament i emmagatzematge.
- Que el Biobanc i a través dels seus acords de cessió, altres centres d'investigació pública o privada, emprin les meves mostres cedides i les dades associades, incloent la informació relativa a la meva salut, per a investigacions biomèdiques, mantenint sempre la confidencialitat de les meves dades d'acord amb els termes legals que marca la Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades de Caràcter Personal i la Llei 14/2007 d'Investigació Biomèdica.

Accedeixo (marqui sí o no) a que el professional de salut mèdica pugui posar-se en contacte amb mi en el futur, en cas que s'estimi oportú per afegir noves dades a les ja recollides, i/o sol·licitar-me la donació de noves mostres al BICUIB.  SI  NO

Signatura del DONANT:

Declaració del professional de salut:

He informat degudament al donant

Sr./Sra.....

Dr/a.....

A ..... a ..... de ..... de 20...

A ..... a ..... de ..... de 20...

**Aquest document es signarà per triplicat, quedant una còpia al Biobanc BICUIB, una altra al pacient i la tercera al centre on es va obtenir la mostra.**

#### **EXEMPLAR PER AL BICUIB**

### **CONSENTIMENT PER ESCRIT (major d'edat)**

Consentiment informat per a la donació voluntària de mostres biològiques per a investigació al BICUIB

#### **DECLARACIÓ DEL DONANT:**

Jo, Sr./Sra. .... (nom i llinatges) amb DNI .....

#### **DECLARO**

- Que he llegit el full d'informació que se m'ha entregat.
- Que he pogut fer totes les preguntes que m'han sorgit de la meva donació al Biobanc.

Que m'ha informat el professional de salut sotasignat:

- Sobre els avantatges i inconvenients d'aquest procediment.
- Sobre el lloc d'obtenció, emmagatzematge i el procés que patiran les meves dades personals i les mostres.
- Que les meves mostres i dades personals seran proporcionades reversiblement codificades als investigadors beneficiaris de la cessió de mostres necessàries per a la investigació.
- Que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment de cessió de mostres i sol·licitar l'accés, rectificació, cancel·lació o oposició de totes les meves dades personals emmagatzemades pel BICUIB mitjançant escrit dirigit al mateix (BICUIB. Universitat de les Illes Balears. Ed. Instituts Universitaris de Recerca Campus UIB. Ctra. Valldemossa s/n. 07122 - Palma) o a través de l'organisme que em proporciona aquest consentiment. Aquesta eliminació no s'estendria a les dades resultants de les investigacions que ja s'haguessin produït.
- Que he comprès la informació rebuda i he resolt els meus dubtes mitjançant les preguntes que he considerat oportunes.

#### **CONSENTO**

- La incorporació de les meves mostres, que dono voluntàriament, al BICUIB per al seu processament i emmagatzematge.
- Que el Biobanc i a través dels seus acords de cessió, altres centres d'investigació pública o privada, emprin les meves mostres cedides i les dades associades, incloent la informació relativa a la meva salut, per a investigacions biomèdiques, mantenint sempre la confidencialitat de les meves dades d'acord amb els termes legals que marca la Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades de Caràcter Personal i la Llei 14/2007 d'Investigació Biomèdica.

Accedeixo (marqui sí o no) a que el professional de salut mèdica pugui posar-se en contacte amb mi en el futur, en cas que s'estimi oportú per afegir noves dades a les ja recollides, i/o sol·licitar-me la donació de noves mostres al BICUIB.  SI  NO

Signatura del DONANT:

Declaració del professional de salut:

He informat degudament al donant

Sr./Sra.....

Dr/a.....

A ..... a ..... de ..... de 20...

A ..... a ..... de ..... de 20...

**Aquest document es signarà per triplicat, quedant una còpia al Biobanc BICUIB, una altra al pacient i la tercera al centre on es va obtenir la mostra.**

#### **EXEMPLAR PER AL CENTRE D'OBTENCIÓ DE LA MOSTRA**

**REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT**

Jo, Sr./Sra ..... amb DNI ..... revoco el consentiment atorgat al BICUIB en data ..... de ..... de 20..... i no desitjo prosseguir la donació voluntària especificada al document, que don en aquesta data per finalitzada.

Per això, sol·licito::

- Anonimització de les mostres.
- Destrucció de les mostres i les dades associades.

Signatura del DONANT:

A ..... a ..... de ..... de 20.....

**REMETRE A:**

Biobanc de Càlculs Renals de la Universitat de les Illes Balears  
Edifici Instituts Universitaris de Recerca  
Universitat de les Illes Balears  
Ctra. Valldemossa km 7.5  
07122 – Palma de Mallorca

Email: renal.lithiasis.lab@uib.es