

## **CONSENTIMENT PER ESCRIT (davant testimonis)**

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

**DECLARACIÓ:** Jo, Sr./Sra ..... (nom i llinatges) amb DNI .....  
....., com a testimoni, afirmo que en la meua presència s'ha informat el Sr./Sra .....  
..... (nom i llinatges) amb DNI .....

### **DECLARO**

- Que s'ha llegit el full d'informació que se li ha entregat.
- Que ha pogut fer totes les preguntes que li ha suscitat la seva donació al Biobanc.

Que ha sigut informat pel professional de salut sotasignant:

- Sobre els avantatges i inconvenients d'aquest procediment
- Sobre el lloc d'obtenció, emmagatzematge i procés que patiran les dades personals i les mostres.
- Que les seves mostres i dades personals seran proporcionades reversiblement codificades als investigadors beneficiaris de la cessió de mostres necessàries per a investigació.
- Que en qualsevol moment pot revocar el seu consentiment de cessió de mostres i sol·licitar l'accés, rectificació, cancel·lació o oposició de totes les seves dades personals emmagatzemades al BICUIB mitjançant escrit dirigit a aquest (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 li proporciona aquest consentiment. Aquesta eliminació no s'estendria a les dades resultants de les investigacions que ja s'haguessin fet.
- Que ha comprès la informació rebuda i n'ha resolt els dubtes a través de les preguntes que ha cregut oportunes.

### **CONSENT A**

- La incorporació de les seves mostres, que dona voluntàriament, al BICUIB pel seu processament i emmagatzemament.
- Que el Biobanc i a través dels acords de cessió d'aquest, altres centres d'investigació públics o privats, utilitzin les seves mostres cedides i les dades associades, incloent la informació sobre la seva salut, per a investigacions biomèdiques, mantenint sempre la confidencialitat de les de les seves 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.

Accedeix (marqui sí o no) a que el professional de salut mèdica pugui posar-se en contacte amb ell/a en el futur en cas que es consideri oportú afegir noves dades als recollits i/o sol·licitar-li la donació de noves mostres al BICUIB.  SI  NO

Signatura del TESTIMONI:

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

### **EXEMPLAR PER AL PACIENT**

## **CONSENTIMENT PER ESCRIT (davant testimonis)**

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

**DECLARACIÓ:** Jo, Sr./Sra ..... (nom i llinatges) amb DNI .....  
....., com a testimoni, afirmo que en la meua presència s'ha informat el Sr./Sra .....  
..... (nom i llinatges) amb DNI .....

### **DECLARO**

- Que s'ha llegit el full d'informació que se li ha entregat.
- Que ha pogut fer totes les preguntes que li ha suscitat la seva donació al Biobanc.

Que ha sigut informat pel professional de salut sotasignant:

- Sobre els avantatges i inconvenients d'aquest procediment
- Sobre el lloc d'obtenció, emmagatzematge i procés que patiran les dades personals i les mostres.
- Que les seves mostres i dades personals seran proporcionades reversiblement codificades als investigadors beneficiaris de la cessió de mostres necessàries per a investigació.
- Que en qualsevol moment pot revocar el seu consentiment de cessió de mostres i sol·licitar l'accés, rectificació, cancel·lació o oposició de totes les seves dades personals emmagatzemades al BICUIB mitjançant escrit dirigit a aquest (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 li proporciona aquest consentiment. Aquesta eliminació no s'estendria a les dades resultants de les investigacions que ja s'haguessin fet.
- Que ha comprès la informació rebuda i n'ha resolt els dubtes a través de les preguntes que ha cregut oportunes.

### **CONSENT A**

- La incorporació de les seves mostres, que dona voluntàriament, al BICUIB pel seu processament i emmagatzemament.
- Que el Biobanc i a través dels acords de cessió d'aquest, altres centres d'investigació públics o privats, utilitzin les seves mostres cedides i les dades associades, incloent la informació sobre la seva salut, per a investigacions biomèdiques, mantenint sempre la confidencialitat de les de les seves 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.

Accedeix (marqui sí o no) a que el professional de salut mèdica pugui posar-se en contacte amb ell/a en el futur en cas que es consideri oportú afegir noves dades als recollits i/o sol·licitar-li la donació de noves mostres al BICUIB.  SI  NO

Signatura del TESTIMONI:

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

### **EXEMPLAR PER AL BICUIB**

## CONSENTIMENT PER ESCRIT (davant testimonis)

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

**DECLARACIÓ:** Jo, Sr./Sra ..... (nom i llinatges) amb DNI .....  
....., com a testimoni, afirmo que en la meua presència s'ha informat el Sr./Sra .....  
..... (nom i llinatges) amb DNI .....

### DECLARO

- Que s'ha llegit el full d'informació que se li ha entregat.
- Que ha pogut fer totes les preguntes que li ha suscitat la seva donació al Biobanc.

Que ha sigut informat pel professional de salut sotasignant:

- Sobre els avantatges i inconvenients d'aquest procediment
- Sobre el lloc d'obtenció, emmagatzematge i procés que patiran les dades personals i les mostres.
- Que les seves mostres i dades personals seran proporcionades reversiblement codificades als investigadors beneficiaris de la cessió de mostres necessàries per a investigació.
- Que en qualsevol moment pot revocar el seu consentiment de cessió de mostres i sol·licitar l'accés, rectificació, cancel·lació o oposició de totes les seves dades personals emmagatzemades al BICUIB mitjançant escrit dirigit a aquest (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 li proporciona aquest consentiment. Aquesta eliminació no s'estendria a les dades resultants de les investigacions que ja s'haguessin fet.
- Que ha comprès la informació rebuda i n'ha resolt els dubtes a través de les preguntes que ha cregut oportunes.

### CONSENT A

- La incorporació de les seves mostres, que dona voluntàriament, al BICUIB pel seu processament i emmagatzemament.
- Que el Biobanc i a través dels acords de cessió d'aquest, altres centres d'investigació públics o privats, utilitzin les seves mostres cedides i les dades associades, incloent la informació sobre la seva salut, per a investigacions biomèdiques, mantenint sempre la confidencialitat de les de les seves 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.

Accedeix (marqui sí o no) a que el professional de salut mèdica pugui posar-se en contacte amb ell/a en el futur en cas que es consideri oportú afegir noves dades als recollits i/o sol·licitar-li la donació de noves mostres al BICUIB.  SI  NO

Signatura del TESTIMONI:

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

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

## REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT

Yo, Sr./Sra ..... amb DNI ..... revoco el consentiment atorgat al BICUIB en data ..... de ..... de 20..... i no desitjo proseguir 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