

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE

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

Yo (nombre y apellidos).....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis 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:

Autorizo 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 paciente

Fecha:

.....

Firma del investigador

Fecha:

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