

Document de Consentiment Informat Per publicació cas clínic

Versió i data:

A la Fundació Assistencial Mútua de Terrassa, a més de la tasca assistencial, es realitza investigació biomèdica, que permet progressar en el coneixement de la Medicina. En aquest sentit, la informació mèdica que s'obté durant el diagnòstic o control de les malalties, un cop utilitzades amb aquesta finalitat, resulten també útils i necessàries per a la investigació.

Amb aquest document li demanem permís per fer servir les seves dades de salut obtingudes durant les seves visites mèdiques habituals per utilitzar-les per a **la realització i publicació d'un cas clínic titulat:** _____

Considerarem que accepta aquest ús amb la signatura d'aquest document.

Les dades que es recullin per ser usades en recerca es codificaran: això vol dir que no s'inclourà cap tipus d'informació que permeti identificar els/les participants. Només el/la metge/essa i equip mèdic que ha recollit les dades i amb dret d'accés a les dades de la seva història clínica, podran relacionar les dades recollides amb la identitat del/de la pacient.

La identitat dels/de les participants no estarà a l'abast de cap altra persona a excepció d'una urgència mèdica o requeriment legal.

Podran tenir accés a la informació personal identificada les autoritats sanitàries, el Comitè d'Ètica d'Investigació i personal autoritzat pel/per la promotor/a de l'estudi, quan calgui per comprovar dades i procediments de l'estudi, però sempre mantenint la confidencialitat d'acord amb la legislació vigent.

Només es cediran a tercers i a altres països les dades codificades, que en cap cas contindran informació que pugui identificar al/a la participant directament (com nom i cognoms, inicials, adreça, número de la seguretat social, etc). En el supòsit que es produís aquesta cessió, seria per a la mateixa finalitat de l'àrea de recerca descrita més amunt i garantint la confidencialitat.

Si es realitzés una transferència de dades codificades fora de la Unió Europea (UE), ja sigui a entitats del nostre grup, prestadors de serveis o a investigadors/es que col·laborin amb nosaltres, el responsable de la gestió de les seves dades es compromet que les dades quedin protegides per principis de precaució com contractes o altres mecanismes establerts per les autoritats de protecció de dades.

Les seves dades seran conservades mentre sigui necessari per acomplir la finalitat indicada en aquest document.

De conformitat 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 i a la Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la Fundació Assistencial Mútua de Terrassa i domicili a la plaça Dr. Robert, 5, de Terrassa, com a responsable del tractament, l'informa que pot contactar amb el/la delegat/ada de protecció de dades si té qualsevol dubte, queixa o necessita exercir algun dels seus drets esmentats tot seguit.

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. També pot limitar el seu tractament, oposar-se i retirar el consentiment del seu ús per a determinades finalitats. Així mateix, l'informem del seu dret a presentar una reclamació davant de l'Agència Catalana de Protecció de Dades davant qualsevol actuació de la Fundació Assistencial Mútua de Terrassa que consideri que vulnera els seus drets.

El seu consentiment és totalment voluntari. Pot negar-se a signar-lo o retirar el seu consentiment en qualsevol moment sense haver d'explicar-ne els motius i això no repercutirà negativament en la seva assistència mèdica present o futura.



Document de Consentiment Informat Per publicació cas clínic

Per a més informació sobre aquest o altres estudis, no dubti en contactar amb l'equip investigador (Dr./Dra. _____ Tlf. _____ ext. _____ correu: _____)

Moltes gràcies per la seva col·laboració.

Jo _____ autoritzo l'ús de les meves dades de salut en les
(nom i cognoms del/de la pacient)

condicions en què se m'han explicat:

☐ SÍ

☐ NO

Signatura del/de la pacient:

Sr./Sra. _____

DNI: _____

A _____, ____ de _____ de _____

Signatura del personal sol·licitant:

Sr./Sra. _____

DNI: _____

A _____, ____ de _____ de _____

Català