

IMP-162/C (12/12/2019)

TESTIMONI FAMILIAR EN EL CONTEXT DE DONACIÓ I L'EXTRACCIÓ POST-MORTEM D'ESTRUCTURES ANATÒMIQUES DEL SISTEMA NERVIÓS A FAVOR DEL BANC DE TEIXITS NEUROLÒGICS

Nom i Cognoms.....
Domicili
Població..... CP Província.....
Telèfons

MANIFESTO:

Que sóc tutor legal o familiar (del/de la Sr./Sra.....), amb DNI....., i sense malaltia neurodegenerativa; o diagnosticat/da de malaltia de la qual he rebut la informació adequada i suficient.

Si familiar: Que, atenent aquest vincles familiars, sóc qui es fa càrrec d'atendre i tenir cura del meu/de la meva, i de les responsabilitats de qualsevol tipus que em puguin correspondre.

Que tinc coneixement que la formació i investigació en neurociència inclosos estudis genètics, necessària per continuar estudiant la malaltia, requereix que es pugui disposar d'estructures anatòmiques del sistema nerviós, amb l'esperança que la investigació en permeti millorar el tractament.

Manifesto que no em consta que el/la meu/meva tutelat/ada o familiar s'hagi oposat mai expressament a la donació de teixits amb aquesta finalitat, ni per manifestació verbal ni documental expressada mitjançant el document de voluntats anticipades o similar, per la qual cosa, entenc que no existeix cap obstacle a que les estructures anatòmiques del sistema nerviós s'incorporin al Banc de Teixits Neurològics del Biobanc - Hospital Clínic de Barcelona - IDIBAPS, i s'utilitzin en les condicions legals que es contemplen en la legislació vigent sobre la utilització de teixits humans*.

En el cas d'identificar-se una **alteració genètica responsable** de la patologia o de que dels estudis se'n derivessin **resultats d'interès** per a altres membres de la família desitjo que s'informi al metge de referència, qui es posarà en contacte amb mi:

SI NO

Es respectarà el seu dret a decidir que no se li comuniquin els resultats dels estudis realitzats. No obstant, en cas d'identificar-se una alteració genètica responsable de la patologia o de que dels estudis se'n derivessin resultats d'interès per a altres membres de la família i que aquesta informació, segons criteri del metge responsable, sigui necessària per evitar un greu perjudici per a la seva salut o familiars biològics, es contactarà amb vostè per oferir-li a possibilitat de conèixer aquesta informació, així com per aconsellar-li sobre la conveniència de transmetre-la als seus familiars en cas necessari.

SIGNATURES:

Tutor/Familiar del donant

DNI:.....

Data:/...../.....

Testimoni

DNI:

Data:/...../.....

Testimoni del Banc

DNI:.....

Dr/a:

Data:/...../.....

**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, l'Hospital Clínic de Barcelona, com a responsable del tractament, amb CIF Q0802070C, i domicili a Barcelona, carrer Villarroel 170, l'informa que pot contactar amb el Delegat de Protecció de Dades a través de protecciodades@clinic.cat.*

Les seves dades seran tractades amb la finalitat de gestió del present consentiment de donació de teixits neurològics amb finalitats de recerca, d'acord al consentiment que ens dóna a través de la signatura d'aquest document.

Les seves dades seran conservades durant el termini legalment establert.

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 a través del correu electrònic protecciodades@clinic.cat. Així mateix l'informem del seu dret a presentar una reclamació davant de l'Agència Catalana de Protecció de Dades davant qualsevol actuació del HCB que consideri que vulnera els seus drets.