


 <p><b>GENERALITAT VALENCIANA</b> Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</p>	<p>Consentimiento informado para la donación voluntaria de muestras biológicas humanas y sus datos clínicos asociados para su uso en investigación biomédica en el Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL)</p> <p>Muestras obtenidas en el curso de procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos indicados para la asistencia del paciente</p>		
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EJEMPLAR PARA EL/LA DONANTE

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INMORTALIZACIÓN DE LÍNEAS CELULARES**

La immortalización de líneas celulares es una técnica que se emplea con el fin de disponer de una fuente ilimitada de material biológico (esto es, células de Vd.) para realizar distintas investigaciones en ellas.

El Biobanco ISABIAL va a establecer esta línea celular con su muestra para que los investigadores puedan acceder a una fuente inagotable de ADN de Vd. sin necesidad de volver a extraerle sangre.

Esto implica que la presente donación se hace por un periodo ilimitado, ya que sus células se immortalizarán y podremos obtener material de ellas de modo indefinido.

El Biobanco ISABIAL podrá poner a disposición de aquellos investigadores que lo soliciten las líneas celulares obtenidas de estas muestras.

Solo si Vd. lo solicita (mediante la revocación del presente consentimiento) se procedería a la destrucción de esta línea celular.






Mediante la firma de este documento autorizo al Biobanco ISABIAL a llevar a cabo el proceso de immortalización.

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
DNI \_\_\_\_\_ y nº de Tarjeta Sanitaria \_\_\_\_\_

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
DNI \_\_\_\_\_ en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del/de la paciente con DNI \_\_\_\_\_ y nº de Tarjeta Sanitaria \_\_\_\_\_

Firma: D./D<sup>ña</sup> \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

 <p><b>GENERALITAT VALENCIANA</b> Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</p>	<p>Consentimiento informado para la donación voluntaria de muestras biológicas humanas y sus datos clínicos asociados para su uso en investigación biomédica al B@" V#\ del Instituto @ 'o y Biomédica de Alicante (" 'ISABIAL)</p> <p>Muestras obtenidas en el curso de procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos indicados para la asistencia del paciente</p>		
			
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EJEMPLAR PARA EL BIOBANCO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INMORTALIZACIÓN DE LÍNEAS CELULARES**

La inmortalización de líneas celulares es una técnica que se emplea con el fin de disponer de una fuente ilimitada de material biológico (esto es, células de Vd.) para realizar distintas investigaciones en ellas.

El Biobanco ISABIAL va a establecer esta línea celular con su muestra para que los investigadores puedan acceder a una fuente inagotable de ADN de Vd. sin necesidad de volver a extraerle sangre.

Esto implica que la presente donación se hace por un periodo ilimitado, ya que sus células se immortalizarán y podremos obtener material de ellas de modo indefinido.

El Biobanco ISABIAL podrá poner a disposición de aquellos investigadores que lo soliciten las líneas celulares obtenidas de estas muestras.

Solo si Vd. lo solicita (mediante la revocación del presente consentimiento) se procedería a la destrucción de esta línea celular.





Mediante la firma de este documento autorizo al Biobanco ISABIAL a llevar a cabo el proceso de inmortalización.

D./D<sup>a</sup>. [redacted] de [redacted] años de edad, con domicilio en [redacted],  
DNI [redacted] y nº de Tarjeta Sanitaria [redacted]

D./D<sup>a</sup>. [redacted] de [redacted] años de edad, con domicilio en [redacted],  
DNI [redacted] en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del/de la paciente con DNI [redacted] y nº de Tarjeta Sanitaria [redacted]

Firma: D./D<sup>ña</sup> [redacted]

En [redacted] a [redacted] de [redacted] de 20 [redacted]

 <p><b>GENERALITAT VALENCIANA</b> Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</p>	<p>Consentimiento informado para la donación voluntaria de muestras biológicas humanas y sus datos clínicos asociados para su uso en investigación biomédica al Biobanco del Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL)</p> <p>Muestras obtenidas en el curso de procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos indicados para la asistencia del paciente</p>		
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EJEMPLAR PARA EL CENTRO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INMORTALIZACIÓN DE LÍNEAS CELULARES**

La immortalización de líneas celulares es una técnica que se emplea con el fin de disponer de una fuente ilimitada de material biológico (esto es, células de Vd.) para realizar distintas investigaciones en ellas.

El Biobanco ISABIAL va a establecer esta línea celular con su muestra para que los investigadores puedan acceder a una fuente inagotable de ADN de Vd. sin necesidad de volver a extraerle sangre.

Esto implica que la presente donación se hace por un periodo ilimitado, ya que sus células se immortalizarán y podremos obtener material de ellas de modo indefinido.

El Biobanco ISABIAL podrá poner a disposición de aquellos investigadores que lo soliciten las líneas celulares obtenidas de estas muestras.

Solo si Vd. lo solicita (mediante la revocación del presente consentimiento) se procedería a la destrucción de esta línea celular.

Mediante la firma de este documento autorizo al Biobanco ISABIAL a llevar a cabo el proceso de immortalización.

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
DNI \_\_\_\_\_ y nº de Tarjeta Sanitaria \_\_\_\_\_

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
DNI \_\_\_\_\_ en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del/de la paciente con DNI \_\_\_\_\_ y nº de Tarjeta Sanitaria \_\_\_\_\_

Firma: D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_