


 <p>GENERALITAT VALENCIANA 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 biomédicaal B@ " ° V#\ Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón</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 Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón 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 Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón 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 Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón a llevar a cabo el proceso de immortalización.

D./D^a. _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____,
DNI _____ y nº de Tarjeta Sanitaria _____

D./D^a. _____ 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^{ña} _____

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

 <p>GENERALITAT VALENCIANA 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 biomédicaal B@ " * V#\ Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón</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 Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón 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 Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón 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 procederá a la destrucción de esta línea celular.





Mediante la firma de este documento autorizo al Biobanco Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón a llevar a cabo el proceso de inmortalización.

D./D^a. _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____,
DNI _____ y nº de Tarjeta Sanitaria _____

D./D^a. _____ 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^{ña} _____

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

 <p>GENERALITAT VALENCIANA 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 biomédicaal B@ " ° V#\ Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón</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 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 Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón 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 Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón 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 Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón a llevar a cabo el proceso de inmortalización.

D./D^a. _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____,
DNI _____ y nº de Tarjeta Sanitaria _____

D./D^a. _____ 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^{ña} _____

En _____ a _____ de _____ de 20 _____