

Av. Córdoba 2351, 4º plso, Cludad Autónoma de Buenos Alres (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, cuyas características ya se le han informado, con la intención de evaluar la presencia de lesiones la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno) y para la obtención de algunas muestras (biopsias) para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada Helicobacter pylori, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura.

Antes de administrarle los medicamentos que el médico anestesiólogo utilizará para su confort en el curso del examen endoscópico, se obtendrá una muestra de sangre para establecer los niveles presentes de las mencionadas hormonas.

El dlagnóstico de la infección por Helicobacter pylori se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Alre Espirado utilizando urea marcada con 13C.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. De estar presente el Helicobacter pylori, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador

La información de cada paciente obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Aclaración

3.549363

Firma del Medico Responsable

Aclaración

Nº de Matrícula

シンクナン

Firma del testiac

Aclaración

28.605.529



División Gastroenterología Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR).

Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorizacion voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho c negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

il na Herizan	98 Timadel Médico Responsable
Firma del Voluntario	98 Firma del Médico Responsable
Holden Horton	
Aclaración	Aclaración
18840110	
DNI	N° de Matrícula
_	Firma del testigo
_	Aclaración
_	DNI



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR), Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorizaciór voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión,

Firma del Voluntario

Actaración

3 2 3 4 4 8 9

DNI

Actaración

Actaración

Actaración

Actaración

Actaración

Actaración

DNI



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Cludad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesaria justificar mi decisión.

FUDA JULIAN_ Aclaración

27975033



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Cludad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

del Médico Responsable

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorizaciór voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea pecesario justificar mi decisión.

N/ma del testigo

Aclaración

27975033

.A MAIJUL



División Gastroenterología Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

voluntaria para que los menciona	dos exámenes me sean prac en cualquier momento sin qu	mi firma al pie, ofrezco la autorización cticados, reservándome el derecho de sea necesario justificar mi decisión. Firma del Médico Responsable Aclaración N° de Matrícula
-	Firma del testigo	_
-	Aclaración	_

DNI



División Gastroenterología Av. Córdoba 2351, 4º pisa, Cludad Autónoma de Buenos Alres (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización cho de cisión.

voluntaria para que los menciona	idos exámenes me sean pi	racticados, reservándome el derec
negarme a particip a r o retirarme		
1 hope		(I will love
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Visiana OBANDO	BOANS	WALCHARD
Aclaración		Aciaración
94 237769		55575
DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	<u> </u>
	DNI	



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Cludad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Vóluntario		Firma del Médico Responsable
Aclaración 101+9743		GABTATOENTEROLOGO M.N. 99949
DNI _	Firma del testigo	N° de Matrícula MN CC94p
_	Aclaración	
_	DNI	



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buerius Airos (2002, 2002)......, Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

45851

Nº de Matrícula

Firma del testigo

FreiA Aclaración

23.342265

DNI



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservandome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario M M U N 0 7 Aclaración 3.216.334	resultation morner in sin	Fining de Medico Responsable Actoración 5345
DNI		N° de Matrícula
_	Firma del testigo	
	Aclaración	
_	DNI	



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Alres (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorizaciór voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesa<u>rio j</u>ustificar mi decisión.

	Maria M	arta Piskorz
S Firma del Voluntario	M.M. 10811	enteróloga 2 MindesdelaMédico Responsable
GONEZHARCELA		
Aclaración		Aclaración
29321070		
DNI	Firma del testigo	N° de Matrícula
	PAULA MANTERS Aclaración	
	33004732 DNI	



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negame a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

BOTALIAN KARINA

Aclaración

29568972 DNI

firma del Médico Responsable

Aclaración

Firma del testigo

PAULA MANTELS Aclaración

33004732

DNI



120/170 Si Aclaración

93.603.043 DNI

SANDRA

División Gastroenterología

Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Firma del Médica Responsable

Aclaración

MARÍA CAROLINA OZOLLO LANU, MEDICA MA CENTRESIO

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

PAULA MANTENO Aclaración

> 33 004 732 DNI



Av. Córdoba 2351, 4º plso, Cludad Autónoma de Buenos Alres (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Hirma del Voluntario M'M' Cewardes Aclaración 94026869 DNI		Figure Matricula Aelaración Nº de Matricula
-	Firma del testigo	-
-	Aclaración	-
-	DNI	-



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negame a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Kudos	_	MA-EIGENIA UNARES
Fírma del Voluntario Mados Flou-s Aclaración	_	Firma del Médico Responsable Aclaración
<u>35 930 917 .</u> DNI	- AO	N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración 2P 637 680. DNI	



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Cludad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, cuyas características ya se le han informado, con la intención de evaluar la presencia de lesiones la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno) y para la obtención de algunas muestras (biopsias) para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada Helicobacter pylori, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura.

Antes de administrarle los medicamentos que el médico anestesiólogo utilizará para su confort en el curso del examen endoscópico, se obtendrá una muestra de sangre para establecer los niveles presentes de las mencionadas hormonas.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ¹³C.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria:

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

La información de cada paciente obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Doch D		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
PCKY RIYERA		May Consolidate M
Aclaración		A Walle of Con
94057323		St. 18 60 0 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18
DNI		de Matrícula
		V
	Firma del testigo	_
	Aclaración	_
•	DNI	_



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

touties		S. S
Firma del Voluntario		Firma/del Médico Responsable
PEEER JAMERIA		
Aclaración		, Aclaración
26 5 42 067		("/
DNI		de Matricula
-	Firma del testigo	
_	Aclaración	

DNI



División Gastroenterología Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Ehron Loher Firma del Woluntario ELVIRA LOPEZ Actaración 5391106 DNI		Firma del Médico Responsable Martia del Médico Responsable Nº de Marticula
-	Firma del testigo	—
- -	Aclaración	_



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
M. Paula Decolde		
Aclaración		Aclaración
<u> </u>	Fírma del testigo	N° de Matrícula
	Aclaración	
	DNI	- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea negesarjo justificar mi decisión.

game a pamcipai o remame	en coaldoler montento sin de	be sed fiedescho joshiicar fili dec
		Gastro and Arizon
Firma del Voluntario		Firm & Médico Responsable
LUCAS TIBURZIO		Pisk 461
Aclaración		Acloración
		/ N /
31534771		
DNI	faulatots)	N ^a de Matrícula
	Firma`del testigo	
	PAULA MANTERO	_
	Aclaración	
	33 004 732	_
	DNI	



División Gastroenterología Av. Córdoba 2351, 4º plso, Cludad Autónoma de Buenos Alres {C1120AAR}, Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dadó y con mi firma al pie, ofrezco la autorizac voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisió

		A Sept Sept
firma del Voluntario Pablo Di Biase		Firma del Médico Responsable
Aclaración		Aclaración
22 402 409 DNI		Nº de Matrícula
5.0		
-	Firma del testigo	
-	Aclaración	
	DNI	

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al ple, ofrezco la autorizaci voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisiór

Bunutto		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Aclaración		Aclaración
DNI		ZAONZIA ATAAM AIAAM SH No ge penintangoused No ge penintangoused
-	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR), Te. 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al ple, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negame a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión,

Q To Smilli		
Firma del Voluntario	-	Aclaración de ATRAM AIRAM AIRAM SIGNA de La Contra de la Médico Sesbelli al contra de la Contra
Aclaración	•	Aclaración
DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
•	Aclaración	
-	DNI	



Av. Córdoba 2351, 4º plso, Cludad Autónoma de Buenos Alres (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario		Firma del Médico Responyable
Nicocas Castinelnas		Aclaración X
33403836		MAR.
DNI		N° de Matrica
· <u> </u>	Tigna del testigo	0 (a. (b.)
_	DONYONA GENERA	
	Aclaración 14,439,301	
	DNI	-



Av. Córdoba 2351, 4º plso, Cludad Autónoma de Buenos Alres (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorizaciór voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Veluntario		Firma del Médico es consable
Carly Fleche Aclaración		Aclar & S
DNS 10.113.5+2 DNI		N° de Maria de la compania
_	Firma del testigo	— Oga
_	Aclaración	
	DNI	



ANDERE DINZ

2851868

Aclaración

División Gastroenterología

12021 208 INC

Av. Córdoba 2351, 4º plso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Firma del Médico Responsable

N° de

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autori; voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derec negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi dec



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

	,	
Adeliw.		010
Firma del Voluntario	_	Firma del Médico Responsable
GASTITA LUIS.	_	Aclaración
Aclaración	/	483PP
13.976.502	- 41/2	N° de Matrícula
DNI	Madesey	Tr do Managa
	Firma del testigo	-
	Todera Hactor-	
	Aclaración	_
	140274600	
	DNI	_



Aclaración

590-677

División Gastroenterología

Av. Córdoba 2351, 4º plso, Cludad Autónoma de Buenos Alres (C1120AAR). Te: 5950-8794 - 5950-8462

Nº de Matricula

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del lestia



Av. Córdoba 2351, 4º piso, Cludad Autónomo de Buenos Aires (C1120AAR), Te: 5950-8794 - 5950-8462

Firma del Médica

Aplaración

N° de Matrícula

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Clerici Olisto

11880350

Firma del testigo

CLETICI CLAUBID
Acidración

55.274



Av. Córdoba 2351, 4º plso, Cludad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR). 1e: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al ple, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Firma del Médico Respensable

Firma del Médico Respensable

Aclaración

Aclaración

DNI

DNI

Firma del testigo

Taxina Chibna DVIT.

94140287

UNI

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE LA COLONIZACIÓN GÁSTRICA POR HELICOBACTER PYLORI, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE LAS HORMONAS NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada Helicobacter pylori, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ¹³C, que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ¹³C-Test del Aire Espirado.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

ferrant	}	
Firma del Voluntario		Firma det Médice Responsable
cinthia Landi	UA R	
Aclaración		AGlaración S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134,082
94281061		
DNI		N° de Matrícula
-	Firma del testigo	
-	Aclaración	
-	DNI	

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoría 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Sogono	
Firma del Voluntario	Firma del Médieo Responsable
SAVO?A Aclaración	Aclaración Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterologo M.N. 134.083
<u>38 667 837</u> IND	N° de Matrícula
Voiteen Pirma del	testigo
Haras Watt	le constitution de la constituti

Aclaració

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sín que sea necesario justificar mi decisión.

- All			
¹ Firma del Voluntario	(Firma del Médico Respo	nsable
Big when ha	rio	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134,082
12609960 DNI		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatorla 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

LAURA GABRIELA JARAS
Aclaración

Firma del Médico Responsable

Aclaración

GONZALO S. MATUS MEDICO - U.B.A. MN 134.082

N° de Matrícula

16.112.416

Firma del testigo

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Elovia tito Aclaración		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo Aclaración M.N. 134.082
93898807 DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	<u>_</u>

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Desalin Arena los Firma del Voluntario		Firma del Médico Respo	onsable
Rosatia AREVALOS Aclaración		Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
94340725 DNI		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Bones			
Firma del Voluntario	,	Firma del Médico Respo	rsable Gonzalo S. Matus
1, 2, 7, 3, 0	2 -		Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
A, LA BEHTRIZ CA Aclaración	<u> </u>	Aclaración	
14503 369 DNI		·	
DNI		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	rima der testigo		
	Aclaración		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Airma del Voluntario	Fi	rma del Médico Respo	isable
Coronel Juan Carl Aclaración		Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
17853102 DNI		N° de Matrícula	
	Firma del testigo	_	
	Aclaración	_	
	DNI	_	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Lua Calles	
Figma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
Lidis (Jalro Cotalar) Aclaración	Gonzalo S. Matus Aclaración Medico Gastroenterólog M.N. 134.082
93762541 DNI	N° de Matrícula
Hereberto Aclaració	lordoro

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		Firma del Médico Res	ponsable
Aleina Perradozac Aclaración		Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.032
93910425 DNI		N° de Matrícu	la
_	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI	· ·	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

0			
Hilled) (
Firma del Voluntario		Firma del Médico Resp	onsable
Maren Serra Adaración	<u>-</u>	Aclaración	Gonzalo S. Matus <u>Madiro Gastroente</u> rólogo M.N. 134.082
9463098 IND	36	N° de Matrícul	
_	Firma del testigo		
	Filling del testigo		
_	Aclaración		
_	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario	Firm	na del Médico Rese	onsable
Mulit Myr time Aclaración			Gonzało S. Matu Medico Gastroenter ólog M. N. 134.082
94501081 DNI		N° de Matrícula	<u> </u>
	na del testigo		
	Aclaración DNI		
	D141		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Mar.	(
Firma del Voluntario		Firma del Medico Responsable
Liertalie Coutalet Aclaración	, . 	Gonzalo S. Martus Medico Gastroenterólogo Aclaración M.N. 134,082
		Aclaración M.N. 134,082
38008 488 ·		N° de Matrícula
_	Circo del tertire	
	Firma del testigo	
, <u> </u>	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Silvinor Verdus		
Firma del Voluntario	Firma del Médico R	ponsable
Silvina derolin		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
Aclaración	Aclaració	n
2614 393 (CÉBULA)	N° de Matrío	cula
Maria Anazce Firma del testi	<u>5.</u>	
Maria Maia	2003	
<u>ay 42a</u>	726.	

DNI

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Eirma del Médico Responsable Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134,082

18468811

N° de Matrícula

Firma del testigo

COAPO OSE SAWIT

16078824

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Ale.	(
Firma del Voluntario	•	Firma del Medico Resp	ensable
Aclaración Aclaración	<u> </u>	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 144.(1)
92940119			
DNI		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Dluck o Dei esa	
Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
Aclaración Aclaración	Gonzalo S. Matus Aclaración Medico Gastroenterólog M.N. 134.082
11629819 DNI	
DNI	N° de Matrícula
Firma	el testigo
SANDRA	LINARES. aración
24.491.	940

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntarió	FIT	ma del Médico Responsable
Marina Subrez. Aclaración	<u> </u>	Gonzalo S. Matus <u>Medico Gastroenteról</u> ogo Aclaración M.N. 134.082
22-858202 DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	_
·	Aclaración	_
	DNI	_

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firmaldel Voluntario	Firma del Médico Responsable
i) emetris Pachecs Aclaración	Gonzalo S. Matur Aclaración Medico Gastroenferolog N.N. 134,082
<u> (13017134</u>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
DNI	N° de Matrícula
	· · ·
Firma del t	estigo .
Aclarac	ión
DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario Suasea Accia Aclaración 29 144 123	Fi	Gonzalo S. Matus Aclaración Medico Gastroenterólogo
ĎNI -	Firma del testigo Aclaración DNI	N° de Matrícula

PYLORI, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE LAS HORMONAS NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada Helicobacter pylori, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ¹³C, que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ¹³C-Test del Aire Espirado.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Aclaración Aclaración Aclaración	Gonzalo S. Matu <u>Medico Gastroenterolog</u> Aclaración M.N. 134.082
	N° de Matrícula
Firma del	testigo
Aclara	

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

low of			2/
Firma del Voluntario		Firma del Médico Re	sponsable
Cornen hecolds			Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterologo M.N. 134,082
Aclaración		Aclaración	
94.257.831			
DNI		N° de Matrici	ula
	Firma del testigo		
	Aclaración	_	
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		Firma del Médico Respo	nsable
Rolas Mario A. Aclaración		Aclaración N	Sonzalo S. Matus ledico Gastroante rólogo M.N. 134.032
34 813175 DNI		N° de Matrícula	
-	Fírma del testigo	· 	
•	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

voluntaria para que los menciona	ados exámenes me s <mark>ea</mark> n pra	mi firma al pie, ofrezco la autorización acticados, reservándome el derecho de ue sea necesario justificar mi decisión.
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
CHUISHIN AGM	<u></u>	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo Aclaración M.N. 134.082
22.23492 DNI	<u>3</u>	N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	

DNI

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario	Eirma del Médico Responsable
Aclaración	Gorazalo S. Matu Medico Gastroenteróloc Aclaración M.N. 134.082
FLORES TORAS JUAN CARLOS 24 124 547	N° de Matrícula
Firma del tes	tigo
CE/ES SEN	A Augustina
20 720 800 DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

megarine a participar o retirarme en cualquier mons	ento sin que sea necesario justificar mi decisión.
Ofelia G. de Veras Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
Aclaración Aclaración	Gonzalo S. Matu: Medico Gastroenterdiog M.N. 134.082 Aclaración
1.082.370 DNI	N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración Aclaración

94695785 DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

legatine a participar o retirarme	en cualquier momento sin qu	de sea necesario justificar mi decision.
Hid algo g		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
amalia Hea	legs _	Gonzalo S. Matu Medico Gastroenterolos Aclaración m.N. 134.082
94059	617 · <u></u>	N° de Matrícula
	Firma del testigo	
•	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoría 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

	Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
 . —	Yessica Lorena Núñez Sanchez. Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
_	94561894. DNI	N° de Matricula
	- Hirmag	el testigo
		Wunez ración
	95270	570

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Curde	
Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
CRISTIAN SORIA Aclaración	Gonzalo S. Marus Medico Gastroenterólog Aclaración M.N. 134.082
36.542.111 DNI	N° de Matrícula

Firma del testigo

Zima Vargus Aclaración

17758076

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

A Se	
Wilder Voluntario Milder Voluntario Aclaración	Aclaración Gonzelo S. Matus Medico Gastroenterólog M.N. 134.082
94901948 DNI	N° de Matrícula
Figma del	testigo
Kely Hoo Aclara	ge Herdougoin
9577493 DN	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Golf	
Firma deWoluntario	Firma del Médico Responsable
<u>Guillima Antonio PErez</u> Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Esstroenterólogo N.N. 134.062 Aclaración
23266379. DNI	N° de Matrícula
Firma del test	igo
Aclaración	
ONI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma der Voluntario	Firma del Médico Responsable
THOUNG OF Actaración	Gonzalo S. Matu Medico Gastroenterolo M.N. 134.082
94035465 DNI	N° de Matrícula
Firma del tes	stigo
MARTHA SORIA Aclaració	
au 070740	

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mí firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

ATT COUD	
Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
MARTHA SORIA	gonzalo S. Mati
Aclaración	Aclaración Medico Gastroenterólo M.N. 134.082
94.040-740	
DN	N° de Matrícula

THOUNK OLLEGE

94035465 DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Remain Whom Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Aclaración		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo Aclaración M.N. 134.082
20098818 DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

	Firms del Voluntario		Firma del Médico Responsable
·.`.	Juan Loontra Lapez Aclaración		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo Aclaración M.N. 134.082
) , .	36.678726 DNI		N° de Matrícula
		Firma del testigo	
		Aclaración	· ·
		DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Δε 144 Δ - Με αντίκη (Aclaración 5274463 (θ€2ύ)	Costillo	Aclaración Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134,087
	Firma del testigo	N° de Matrícula
	Aclaración	
	DNI	

PYLORI, LOS PARÁMETROS ANTROPOMETRICOS Y LA CONCENTIONION DE 200 NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada Helicobacter pylori, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ¹³C, que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ¹³C-Test del Aire Espirado.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
Accatoma Hernan Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082 Aclaración
<u>9404699</u> DNI	N° de Matrícula
Au (a) (b) Fifma del testi	igo
Alicia Colque Actaración	el

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Edicht Rollo		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Edi Git Rotelu	<u> </u>	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenierólogo
Aclaración		Medico Gastroenterólnos Aclaración M.N. 134 (32)
95008852		
DNI		N° de Matrícula
-	Firms deltastics	
	Firma del testigo	
-	Aclaración	
-	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investígador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Claudio- Yalo- Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo
Aclaración		Aclaración M.N. 134.08? N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

o = p=: marpur o rotariormi	e en coalquier momento sin i	que sea necesario justinica	i ilii decisioii.
Firma del Voluntario)	Firma del Médico Resp	onsable
Subrim Bo Aclaración	mgu _	Aclaración	Gonzalo S. Matu Medico Gastroenterólos M.N. 134.082
2846168C		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

6. 44			
Firma del Voluntario		Eirma del Médico Resp	onsable
Aclaración			Gonzalo S. Matus Medico Gastmenterólogo
' Aclaración		Aclaración	M.N. 134.082
94.197.617.			
DNI		N° de Matrícula	
_			
	Firma del testigo		
_	Aclaración		
			•
_	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

	Firma de Volu ntario		Firma del Médico Respon	Sable
_	<i>Ni Was Pobon 2 A</i> Aclaración		Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterálogo M.N. 134.082
_	40.647.690 DNI		N° de Matrícula	
		Firma del testigo		
		Aclaración		
	_	DNI		

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y voluntaria para que los mencionados exámenes me sean	practicados, reservándome	el derecho de
negarme a participar o retinarme en cualquier momento si	in que sea necesario justifica	r mi decisión.
Firma del Voluntario	Firma del Médico Besp	onsable
Jon Polo Echerique Aclaración	Aclaración	Gonzalo S. Matu Medico Gastroemerolo M.N. 134,08)
92414904 DNI	N° de Matrícula	
Firma del testigo	0	
Aclaración		
DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Lilique Ganzala Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
LILIANA GONZALEZ Aclaración	Gonzalo S. Matu Medico Gastmenterolog Aclaración M.N. 134.082
32.942.974	N° de Matrícula
Firma del te	stigo
Aclaració	on .
DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Ille				
Firma del Voluntario			Firma del Médico Rea	onsable
Mosto Mabel J Aclaración	Dioz		Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólog M.N. 134.082
14-327-841 DNI			N° de Matrícula	<u> </u>
_	Firma de	l testigo		
_	Aclara	ación		
	DA	<u></u>		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

PIS	
Firma del Voluntario	Firme del Médico Responsable
PATIKIA LONEVA SAVOJEZ.	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
Aclaración	Aclaración
27 047 188. DNI	N° de Matrícula
<u>Wzaung</u> Firma del te	estigo
ellangarita 7 Aclaració	Rancery
_10.679.29	.9

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

	,		
Firma del Voluntario		Firme del Médico Resp	oonsable
FILLUSCO POSENTO COSTI	(lo Nediu)	Aclaración	Gonzalo S. Ma Medico Gastroenter M.N. 134.08
PSSPORTS # 628779		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		Firma del Médico Respo	nable
<u>しのりしそ</u> Aclaración			Gonzalo S. Matus
Aciaracion		Aclaración	Medico Gastroenterologo M.N. 134.082
DNI 24782/49	<u> </u>		
DNI		N° de Matrícula	_
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

NEASTE Zome Sur, Firma del Voluntario		Firma del Médico Resp	oonsable
Metroleco nols 7 Aclaración	zomllono_	Aclaración	Gonzalo S. Matu Medico Gastroenterolo M.N. 134,082
21888379 DNI		N° de Matrícula	<u> </u>
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

	a fall fint			
-	Firma del Voluntario		Firma del Médico Resp	ensable
<u>C</u> <u>E</u>	SAN INAV Aclaración		Aclaración	Gonzalo S. Mati Medico Gastroenterok M.N. 134.082
9	5 199462, DNI		N° de Matrícula	
		Firma del testigo		
		Aclaración		
		DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		5:	
		Firma del Médico Respons	able
LUZ HADIA OVIET			
MELLANIA OVIET	O YOUSA	Go	nzalo S. Matu
Aclaración		Aclaración Med	M.N. 134.082
04 5 044			
84.176.841			
DNI		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

A	
Firma del Voluntario	Firma/del Médico Responsable
Julian lucarens Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólog Aciaración M.N. 134.082
B7 629 171.	N° de Matrícula
Firma del tes	stigo
Aclaració	IN ANGLEL
12 3 (2620

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		Firma del Médico A	ésponsable esponsable
Deluchi			Gonzalo S. Matus Medko Gastroenterólogo <u>M.N. 134.0</u> 82
Aclaración		Aclaració	n
2898593			
DNI		N° de Matrío	cula
•	Firma del testi	go	
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario	Firma del Médico Re	sponsable
Manuel Mayhun Romero Aclaración	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo
94057238 DNI	N° de Matrico	ula
Firma	del testigo	
Acla	aración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Noluntario Clineo Barrella D Aclaración	Gonzalo S. Matur Medico Gastroenterólog Aclaración
92857246 DNI	N° de Matrícula
Firma del test	tigo
Aclaración	
DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Darod		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Moce plolo Antion	<u></u>	Aclaración Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
22 058824 DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

A		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
CARLOS RODRIGO ARUGOIRA Aclaración	<u>n p rz</u> a	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
95247722		
DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Que		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Andie Apa	120 Villar	Gonzalo S. Matus Aclaración Medico Gastroenterólogo M.N. 134.08?
95125120)	
DNI		N° de Matrícula
	Firma del test	igo
	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

El.		
/ Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Efrain Apaza Quin	o	Gorzalo S. Matus Matiko Gastroanterólogo
Aclaración		Aclaración M.N. 134.082
94777708		
DNI		N° de Matrícula
_		
	Firma del testigo	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	Aclaración	
_	DNI	<u> </u>

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

OS			
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable Gonzalo S.	– . Matus
Aclaración Aclaración		Medico Gastroe M.N. 134 Aclaración	interólogo LO82
38,564,275 DNI		N° de Matrícula	-
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE LA COLONIZACIÓN GÁSTRICA POR HELICOBACTER PYLORI, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE LAS HORMONAS NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada Helicobacter pylori, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsías obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ¹³C, que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ¹³C-Test del Aire Espirado.

Versión 1.1 – Julio 2014 1/2

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario	0	Firma del Médico Respi	onsable
Puth Noem. Cento Aclaración	/ mai∙	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134,087
34.699.61 DNI		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

		,	
Firma del Voluntario	- (Firma del M ádic o Res	no wahle
Redro Jalenzuel Aclaración		Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134:082
92 588117 DNI		N° de Matrícul	a
	Firma del testigo	_	
	Aclaración	_	
-	DNI	_	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario	<i></i>	Firma del Médico Responsable
hosa Rane	che	Gonzalo S. Matus
Aclaración		Aclaración M.N. 134.082
94.633.75	54	
DNI		N° de Matrícula
_	Firma del testigo	
	i i i i i i i i i i i i i i i i i i i	
_		
	Aclaración	
	•	
-	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Mayare.		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Berenice Bonald	120	Gonzalo S. Matus
Aclaración		Aclaración Medico Gastroen terotogo M.N. 134.082
		M.N. 134.007
29228951		,
DNI		N° de Matrícula
_		
	Firma del testigo	
_		
	Aclaración	
_	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Q.		
Airelda		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
9 . 11 8		Gonzalo S. Matus Medico Control enterólogo M.N. 134.087
Jurelly Timonall		M.N. 134,082
Aclaración		Aclaración
94.402226		
DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	1 401 1031180	
	Aclaración	
	•	
	DNI	
	2111	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

A)		
Figma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Yasuchure Aclaración		Aclaraciónedo Gastroenterdes M.N. 134.09
93919437 DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

- Quel		
Firma del Voluntario		Firma de Médico Responsable
Thera Dur Aclaración	_	Gonzelo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082 Aclaración
17/08299		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
AdvÍANA MEDINA Aclaración		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo Aclaración
27142236 DNI	Firma del testigo	N° de Matrícula
	Aciaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

J. J. P. Cole			
Firma del Voluntario		Firma del Médico Res	sponsable
CARRIZO 144 RS Aclaración	A-B.	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólog M.N. 134,082
DUT: 14845.16	& <u> </u>	N° de Matrícu	la
-	E'man dalan Na		
	Firma del testigo		
-	Aclaración		
-	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

The state of the s	(
Firma del Voluntario)	Firma del Médico Responsable
<u>Luik Baaars.</u> Aclaración		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo Aclaración M.N. 134.082
<u>92.414 935</u> DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	·

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

(Suite)	
Zez Manica chaves Factor Aclaración	Gonzalo S. Matus Aclaración M.N. 134.082
48359852. DIVI pervano.	N° de Matrícula
Firma del	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

(is/lor			
Firma del Voluntario		Firma del Médico Res	portsa ble
CZISTIAN JAZA Aclaración	<u> </u>	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
3330838. DNI		N° de Matrícu	la .
-	Firma del testigo		
_	Aclaración		
-	DNI		

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		Firma del Médico Respo	nsable
STAC-V Olong- Aclaración		Aclaración	Gonzalo S. Maño Medico Gastroenterófo M.N. 134.082
37773370. DNI		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario	Firme del Médico Responsable
MARCELO E. GOSTAN Aclaración	AclaraciórMedko Gastroenterólogo M.N. 134.08?
17709731 IND	N° de Matrícula
Firma	del testigo
Ac	daración
	DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

John John Market	_		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Res	opeable
Juan Corlos Pinto Aclaración	Whorachi	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterologo M.N. 134,082
7,0,0,20,0,1		710012001	
95 044 80	3		
DNI		N° de Matricul	a
	Firma del test	igo	
	Aclaración		
•	DNI		

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE LA COLONIZACIÓN GÁSTRICA POR HELICOBACTER PYLORI, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE LAS HORMONAS NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada *Helicobacter pylori*, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ¹³C, que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ¹³C-Test del Aire Espirado.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoría 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

	•	-	
Firma del Voluntario Aclaración	Colmi _	Actaración	Gonzalo S. Matur Medico Gastroenterólog M.N. 134.082
13 200 231 DNI		N° de Matrícula	
-	Firma del testigo		
-	Aclaración		
-	DAII		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario	Firma del Médico Respe	onsable .
Oceanin Berting Onmal	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134,082
200/1848	N° de Matrícula	
Firma del testigo		
Aclaración	7716	
21 97 873 DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar el tirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus

Medico Gastroenterólogo

M.N. 134.082

Aclaración

Aclaración

N° de Matrícula

Firma del testigo

Dondo Booling Omally

200/1845 DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
GABRIELD AWAREZ Aclaración		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterolog M.N. 134,082
22489342		
DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

160		
Firma del Voluntario	Firma del Médico Resp	peable
PASTOR (SCALERA _	Aclaración	Gonzalo 5. Matus Medico Gastroenterólog M.N. 134.082
	7,010,000	
93.0SJ.579	N° de Matrícula	
Firma del testigo	<u> </u>	
Aclaración		
DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

	Daucher -		
	Firma del Voluntario		Firma del Medico Responsable
	Dionicia Powels. Actoración		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
)	92852961		
	DNI		N° de Matrícula
		Firma del testigo	_
		Aclaración	
		DNI	<u> </u>

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Vecon Estela Firma del Voluntario		Firma del Médieo Responsable
UENÓN ESTECTO Aclaración		Gonzalo S. Matu Medico Gastroenterólo Aclaración M.N. 134 082
27.801 871 DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Jage Jue		
Firma del Voluntario)	Firma del Médico Responsable
6000 de de Aclaración	orge bui _	Gonzálo S. Matus Medico Gastroenterólog M.N. 134 087 Aclaración
ONI 16996	S62	N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Volumario	Firma del Médico Responsable Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterologo
Aclaración (GABRIELA	Aclaración Aclaración
38.868. 774 DNI	N° de Matrícula
Firma del tes	tigo
- UELSZQUEZ Actaración	EA BYLIETA C

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Médico Responsable
Gonzalo S. Matu Medico Gastroenterólog M.N. 134 082
N° de Matrícula
stigo SCITAS- n

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Dans		
Firma del Voluntario	Firma del Médico Respo	nsable
CORDNEL ALBERTO E.		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
Aclaración	Aclaración	
26,840,180 DNI	N° de Matrícula	
Firma del te	estigo	
Victoria. To Aclaració		,
27.518.600 DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

j-1 mod	
Firma del Voluntario	Filma del Médico Responsable
DANIEL AYALA SAAVEDILA Aclaración	Gorzalo 5. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.092
76.824.965	
DNI	N° de Matrícula
2.2)

Firma del testigo

Melina Kodriquez

27. 949.518

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

	- San Pary	
	Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
	PAULINO MACEDO GOEVEDO	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterologo M.N. 134.082
	Aclaración	Aclaración
)	= BOL: 7268137	
	DNI	N° de Matrícula
	Firma del testi	go
	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Maigueles & Gonzala Villalbor Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
Maiguela C. Journels Villallo	Gonzalo S. Mati Medico Gastroenterólo M.N. 134.082 Aclaración
94.469.777 DNI	N° de Matrícula
Firma del testigo	
Aclaración	
DNI	

go

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

	Firma del Voluntario	Firma del Medico Responsable
	RODRIGO ZORZANO Aclaración	Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082 Aclaración
•	36.686.869 DNI	N° de Matrícula
	Firma del test	cigo
	Aclaración	
	DNI	

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
	Gonzalo 5. Matu Medico Gastroenterálo
Mora Sernal Adlaración	Aclaración M.N. 134.082
94303680	
DNI	N° de Matrícula
Firma del to Louis Aclaraci 93 99043 DNI	Semo

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

	Gloria Svera More		
	Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
_	<u> Aloria S Vera Ulorel</u> Aclaración		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo Aclaración M.N. 134.087
_	94 840.474 DNI		N° de Matrícula
		Firma del testigo	
		Aclaración	
		DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesarlo justificar mi decisión.

Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
MARIELA QUISPE P. Adaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082 Aclaración
94600621 DNI	N° de Matrícula
Firma del test	igo
Vider Apa Aclaración	34 Mamani
94 539 7	196

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntar Marriva Bladys Aclaración	e Julecoa	Firma del Médico Respo	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
DW1: 13.907	.799	N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

a w/M/a			
Firma del Volunta	rio	Firme del Médico Respo	PSable
Ama Marialdy Aclaración	Jan G	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterolog M.N. 134.082
93053303 DNI		N° de Matrícula	
	Firma del t	testigo	
	Aclarac	elón	
	DNI	<u>. </u>	

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE LA COLONIZACIÓN GÁSTRICA POR HELICOBACTER PYLORI, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE LAS HORMONAS NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada Helicobacter pylori, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha Infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitlo de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la Infección por Helicobacter pylori se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ¹³C, que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticario.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ¹³C-Test del Aire Espirado.

Versión 1.1 – Julio 2014

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

R. M. M. Firma del Voluntario		Firma del Médico Resp	nermable
Rodning Monnel Monther de Aclaración	Munio	Aclaración	Gonzalo S. Mate Medico Gastroenterólo M.N. 134.08
94685 732 DNI	_	N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI	·	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Morlin Jugno- Firma del Voluntario	A quino	Firma del Médico Respo	Insable
MDA Aclaración		Aclaración	Gonzalo S. Matu Medico Gastroenteráro M.N. 134 02
2687456 DNI		N° de Matrícula	
•	Firma del testigo	<u> </u>	
-	Aclaración		
-	DNI	<u> </u>	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

top			
Firma del Voluntario		Firma del Médico Bes	ponsable
FLORENCIO JALDIN			Gonzalo S. Matus
Aclaración		Aclaración	Medico Gastroenterólogo M.N. 134.087
94872254			
DNI		N° de Matrícu	
	Firma del testigo		
	Tima del testigo		
	Aclaración		
	DNI	·	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo flave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

ille			
Firma del Voluntario	•	Firma del Mádico Reap	onsable
CARling Alphieta Fo	eles		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
Aclaración		Aclaración	
94927 228	<u>_</u>		
DNI		N° de Matrícula	
-	Firma del test	ilgo	
-	Aclaración		
-	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

•	•	
- Poline		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Balmaceda Man	ia Belén	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo Aclaración M.N. 134,082
37.668.134		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
-	Aclaración	
	DNI	<u>. </u>

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

	Pa	·	
	Firma del Voluntario	<u> </u>	Firma del Médico Responsable
£	DOJEO CARISAN Aclaración	CHEZ	Gonzalo S. Matus Medica Gastroenterologo Aciaración M.N. 134.082
-	92058462 dni	<u> </u>	N° de Matrícula
	-	Firma del testigo	
	-	Aclaración	
	-	DNI	

2/2

Versión 1.1 – Julio 2014

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

_ SHP_		
Firma del Voluntari	io	Firma del Medico Responsable
SARA ANGELA Aclaración	PezzoT.	Aclaración Medico Gastroenterologo M.N. 134 0°
DNI 66137	46.	N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	<u>. </u>

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Cumpro cepruno.		
Firma del Voluntario	Firma del Médico Respo	nsafile
AMPARO BEJARITHO A. Aclaración	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
657 233 PASAPORTE-	N° de Matrícula	
Firma del testigo		
Aclaración		
DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
CHOQUE MAMANI RUPERTO Aclaración	Aclaración Sustam ¿? olesmoð egolonarnaonseð olban S80,4ET "N.M.
348459-66 DNI	N° de Matrícula
	testigo
Aclara	ción
DN	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sín que sea necesario justificar mí decisión.

a gather	
Firma del Voluntario	Fírma del Médico Responsable
Auginia Chica Aclaración	Gonzalo 5. Matus Medico Gastroenterolog M-N. 134,082
94476206 DNI	N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

Duos 1761

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

A		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
<u>José Orlando Rec</u> Aclaración	ha_	Gonzalo S. Matus <u>Medico Gastroenterólogo</u> Aclaración M.N. 134.082
21-939-15	O	
DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	<u>·</u>

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

RUALA	
Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
760 NORA UPLN (U1620) Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134-082 Aclaración
16492370 DNI	N° de Matrícula
Filma del te	estigo
Taricuna Eliza Aclaració	leth Margarita
40.628.527	

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		Firma del Médico Respo	onsable
Morines Morillo Aclaración		Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
31.262.143 DNI		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

negarine a participal o retirarine	en caaiquier momento sin	que sea necesario just	
- Curt			
Firma del Voluntario		Firma del Médico	Kesponsable
Irma Alvure Aclaración	I Cerna _	Aclaraci	Gonzalo S, Matus Medico Gastroenterólog M.N. 134 <u>.08</u> 2 ón
9396765 DNI	<u>9</u>	N° de Mat	rícula
-	Firma del testigo		
-	Aclaración		
-	DNI	•	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Die			
Firma del Voluntario)	Firma del Médico Resp	onsable
Bogado mario	<u> </u>		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134,082
Aclaración		Aclaración	Mina
94582212.			
DNI		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Kulle Firma del Voluntario		Pirma del Médico Respo	nsable
Rosas Caudori Jim Aclaración	mf	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
94869818 DNI		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI	<u>. </u>	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
MR OND CIOUFOLFO OO CAMPOS Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterolog Aclaración
82463884 DNI	N° de Matrícula
Firma del test	tigo
MAIDANA M Aclaración	116UEL A
14511619 DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

All)	•	
Firma del Voluntario		Firma de Médico Responsable
JESÚS MOLINA. Aclaración		Aclaración Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
35.346.638 , DNI		N° de Matrícula
-	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	<u> </u>

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Roberto Fron Firma del Voluntario	co Jara	Firma del M édico Respon	sable
Roberta Franco Aclaración	Sara	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
92942714 DNI		N° de Matrícula	
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Elveba	odo_		-//
Firma del Voluntario		Firma del Médico Res	onsable
Ela & one	for		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo
Aclaración		Aclaración	M.N. 134.082
935007	33		
DNI		N° de Matrícul	a
	Firma del testig	0	
	Aclaración		
	DNI		

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE LA COLONIZACIÓN GÁSTRICA POR HELICOBACTER PYLORI, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE LAS HORMONAS NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada *Helicobacter pylori*, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ¹³C, que es una molécula NO radiactíva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ¹³C-Test del Aire Espirado.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Elva bas	nda_		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Resp	onsable
Ela Bono Aclaración	Hot	Aclaración	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134:082
Acidiación		Acialación	
933007	<u>3</u> }		
DNI		N° de Matrícula	1
	Firma del testigo		
	Aclaración		
	DAN		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

July:		
Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
ARE SARA T. Aclaración		Gonzalo S. Matur Medico Gastroenterólos M.N. 134.082
11251862 DNI		 N° de Matrícula
_	Firma del testigo	
_	Aclaración	
_	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		Firma del Médico Respe	nsable
MORATO MARÍAN	A	Aclaración	Gonzalo S. W Medico Gastruenterolog M.N. 134,082
35.272.200 DNI		N° de Matrícula	
_	Firma del testigo		
· <u> </u>	Aclaración		
_	DNI		

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

2		
K rma del Voluntari	0	Firma del Médico Responentile
Arossa Horredo	Alexano	Matus Matus
Aclaración	·	Acla Goto Fato S. Matus Medico Gastroenterologo Medico M.N. 134.082
16874304	<u> </u>	
DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

I may that		
Firma del Voluntario	_	Firma del Médico Responsable
Maribel Huana	<u> </u>	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo Aclaración M.N. 134.082
Aciaración		ACIARACION
9494828	3	
DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Elizabeth	
Firma del Voluntario	rirma del Médico Responsable
Eles golos (Mod) Adlaración	Gonzalo S. Matus Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134,082
27/68042	N° de Matrícula
Firma del t	estigo
Aclaraci	ión
DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

(Ursula)		
Firme del Voluntario		Firma del Médico Responsable
UESULA BRINA Aclaración		Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterologo Atlaración
94-037-448		N° de Matrícula
		N de Matricula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Kaplel	
Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
Tuly Raduel Rodniquey. Aclaración	Gonzalo S Medico Gastroenterologo M.N. 134.082
94478441	
DNI	N° de Matrícula

Redriguz Olego Actaración 94.684.860

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Maria Ferza Pob & Actaración	5 olaba _	Medico Gastroenterólogo M.N. 134.087 Aclaración
94757720		
DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	
	DNI	

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

M		
Firma del Voluntario	Eirm	na del Médico Responsable
Torga John		Gonzalo S. Matus Medico Garroenterologo M.N. 134.082
Aclaración		Aclaración
93064653		
DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	
	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

- Ami		
Fishe del Voluntario		Firma del Médico Responsable
Vancesso Ternend Aclaración	<u>——</u>	Gonzalo 5 Additionión Jedico Gastroen Gastroen M.N. 134.087
93,922,148.		
DNI		N° de Matrícula
-	Fìrma del testigo	
-	Aclaración	
-	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
José antonio Castresaux Trans	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082 Aclaración
18830648 DNI	N° de Matrícula
Firma del tes	itigo
Aclaración	n
DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armarlo localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Buttquees	
Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
Cività 4 20 MERO.	Medico Gostroenterólogo Aclaración MiN-134,087
Aclaración	Aclaración
32.526.386.	
DNI	N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

37239905

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
Churgui Edrén Acláración	Medico Costroenterólogo M.N. 134.082 Aclaración
93778911 DNI	N° de Matrícula

Firma del testigo

Churqui Mena Karem
Aclaración

93.978256 DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

-ANAXV	
Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
	Gonzalo S. Matu Medico Gastroenterolog M.N. 134.082
Aclaración	Aclaración
Alicia Noemi Mirander Villalba DNI 94521794	N° de Matrícula
Firma del testigo	<u> </u>
Aclaración	
DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma (EN Voluntario	Firma del Médico Responsable
Soundry V. Fluck Actaración	Gonzalo S. Matus Aclaración Medico Gastroenterologo M.N. 134,082
18.226.715	N° de Matrícula

LOBELTO R LEGAZPI'S

16557652.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Manda

Madico Gratifogorico Gologo

Aclaración

Aclaración

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Alughandreige Grirma del Volumtari		Firma del Médico Responsable
Colembo Rodijo Aclaración	VEZ Coca	Aclaración M.N. 134.082
<u>9294460</u> DNI	<u>Z</u>	N° de Matrícula
	Firma del test	igo
	Aclaración	
	DNI	

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Soldie		
Firma del Voluntario	1	Firma del Médieo Responsable
		, whis
Sandro	mounau'	Aclaración Medice Castrop de 16090 M.N. 134.082
Aclaración		Aclaración Medico M.N. 134.082
93964	<u> 136</u>	
DNI		N° de Matrícula
	Firma del testigo	0
	Aclaración	
	DNI	