

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Los servicios de adicciones del Instituto Municipal de Servicios Personales dentro de sus actividades también se dedican a la investigación clínica en la Salud Mental y Adicciones.

Le invitamos a colaborar con la investigación en curso: **Avaluació de l'Hepatitis per Virus C als pacients del programa de manteniment amb agonistas opiàcis a l'àrea d'influència del CAS Delta** cediéndonos sus datos, resultados de análisis y de otras pruebas que puedan realizarle, que serán tratados de forma confidencial.

El objetivo de este estudio es mejorar la calidad de la información relacionada con la hepatitis C de los pacientes en tratamiento con metadona o buprenorfina para poder identificar los pacientes candidatos a tratamiento de la hepatitis C y también aquéllos a riesgo de infección.

Si usted consiente, se registrarán sus datos clínicos.

**Pedimos su consentimiento para:**

1.- Disponer de los **datos clínicos** reflejados en su historial clínico. Dichos datos quedarán registrados en un fichero y se mantendrá el anonimato y la confidencialidad de la información; se seguirán los principios de buena práctica clínica y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de carácter personal (LOPD).

Su participación es voluntaria; Usted es libre de solicitar la retirada de sus datos en cualquier momento y por cualquier motivo, sin tener que dar explicación del motivo y sin que ello repercuta negativamente en su tratamiento. En ese caso, se procedería a la destrucción de los datos referentes a su historial clínico.

Esta Hoja de Consentimiento Informado con su firma se guardará en su historia clínica. Se contempla la posibilidad que personal autorizado por las Autoridades Sanitarias Españolas y/o representantes del Comité Ético de Investigación de referencia, puedan realizar una auditoría para comprobar que la investigación se está llevando a cabo de forma correcta desde el punto de vista ético y científico, siempre dentro de la más estricta confidencialidad.

No dude en pedir más información o en hablar con el profesional responsable para aclarar cualquier duda.

## **CONSENTIMIENTO ESCRITO**

Línea de investigación: **Salud Mental y Adicciones**

YO,[nombre y apellidos].....

Declaro que:

- 1.- He leído la Hoja de Información que me ha sido entregada.
- 2.- He podido hacer preguntas sobre la obtención de datos, así como de su utilización
- 3.- He hablado y he aclarado las dudas con el profesional responsable [nombre y apellidos].....
- 4.- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- 5.- Comprendo que puedo solicitar la destrucción de mis datos.
- 6.- Presto libremente mi conformidad para los fines que se presentan en esta Hoja de Información

☐ Consentimiento para almacenar datos (MARCAR CON UNA X)

Fecha

Firma del participante:

