

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO

DECLARO QUE:

Me ha sido solicitada autorización para que el paciente participe en el estudio titulado **“Influencia de la Inflamación, Coagulación, Oxidación y Apoptosis en el pronóstico de los pacientes trasplantados hepáticos por Hepatocarcinoma”**.

EL cáncer hepático es una enfermedad grave y mortal. El trasplante hepático al que Ud fue sometido se realizó con intención curativa. En este estudio pretendemos medir una serie de marcadores en una muestra de suero que almacenamos y congelamos al momento de hacerle el trasplante y que forma parte del protocolo de actuación en este Centro.

Estos marcadores pueden estar elevados según la gravedad del Cáncer. En este estudio pretendemos medir sus valores antes del trasplante y relacionarlos con la evolución clínica después del mismo. Su colaboración puede ser útil para ello y permitiría en un futuro detectar los enfermos que tienen más riesgo de desarrollar una desfavorable evolución y aplicarles un tratamiento más adecuado.

Ha sido solicitada por el medico especialista Dr. D. _____ miembro del equipo de investigación del estudio, quien me ha informado del objetivo y de la metodología del estudio **“Influencia de la Inflamación, Coagulación, Oxidación y Apoptosis en el pronóstico de los pacientes trasplantados hepáticos por Hepatocarcinoma”**.

Autorizo el empleo de datos contenidos en la Historia Clínica para los fines del estudio de investigación según me han explicado anteriormente. Este análisis puede servir para un mayor conocimiento de la enfermedad y las complicaciones renales con ella asociadas. También entiendo que:

1. Estos datos se emplearán de forma anónima y que mi identidad no será relacionada con ellos en ningún caso.
2. Su uso se restringirá a las estrictas necesidades de este estudio.
3. Si doy mi consentimiento ahora, tengo el derecho a rescindirlo en cualquier momento, sin que medie la necesidad de brindar explicación alguna.
4. Si no doy mi consentimiento ahora, o si lo otorgo y lo rescindo en cualquier momento futuro, esto no traerá como consecuencia, en forma

alguna, un detrimento en la calidad de trato y atención brindada por los miembros del equipo sanitario hacia mi persona.

5. Me asiste el derecho a obtener, y a los responsables del estudio la obligación de brindármela, cualquier información relacionada con el uso que estén dando a los datos de la Historia Clínica, si así lo considerase oportuno.

Autorizo al uso del suero de archivo según me han explicado anteriormente. Este análisis puede servir para un mayor conocimiento de la enfermedad y las complicaciones con ella asociadas. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Además, cuando los resultados hayan sido completados, si queda muestra de suero no usado:

☐ Este pueda ser usado en un futuro para otros proyectos de investigación relacionados con mi enfermedad.

☐ Este **NO** pueda ser usado en un futuro para otros proyectos de investigación relacionados con mi enfermedad.

En.....a.....de.....de.....

D. _____
Paciente o Responsable Legal

D. _____
Médico