

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL REGISTRO Y BIOBANCO NORUEGO DE EM

Yo, mediante la carta de petición para participar, he sido informado del objetivo del Registro y Biobanco Noruego de Esclerosis Múltiple, así como de las condiciones de gestión y uso de los datos del registro y material de muestras.

DATOS DE HISTORIAL, MUESTRAS DE SANGRE Y LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.

1. Doy mi consentimiento para que los datos sobre mi enfermedad sean incluidos en el Registro y Biobanco Noruego de EM.

Sí	No
2. Doy mi consentimiento para que las muestras de sangre (ADN y suero) se obtengan y almacenen en el Registro y Biobanco Noruego de EM y que la muestra de líquido cefalorraquídeo obtenida en el momento del diagnóstico se pueda almacenar en el Registro y Biobanco Noruego de EM (no se realizará una nueva muestra).

Sí	No

CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN DEL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO, INFORMADOS POR EL PROPIO PACIENTE.

3. Doy mi consentimiento para informar sobre datos acerca de calidad de vida y tratamiento, incluyendo efectos secundarios y síntomas, así como mi experiencia (satisfacción) relacionada con el seguimiento/tratamiento. Estos datos se recogerán a través de Helse Norge, Sanidad Noruega, buzón digital o carta.

Sí	No

Nombre:

Fecha de nacimiento y nº de identidad: (11 cifras):

.....

.....

Lugar:

Fecha:

Firma:

.....

.....

.....

Firma del tutor si usted es menor de 16 años:

Lugar:

Fecha:

Firma:

.....

.....

.....

ENVIADO POR (HOSPITAL/CONSULTA):

--

GUARDE ESTA COPIA PARA USTED

GUARDE ESTA COPIA PARA USTED

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL REGISTRO Y BIOBANCO NORUEGO DE EM

Yo, mediante la petición para participar, he sido informado del propósito del Registro y Biobanco Noruego de Esclerosis Múltiple, así como las condiciones de gestión y uso de los datos del registro y material de muestras.

DATOS DE HISTORIAL, MUESTRAS DE SANGRE Y LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.

1. Doy mi consentimiento para que los datos sobre mi enfermedad sean incluidos en el Registro y Biobanco Noruego de EM.

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doy mi consentimiento para que las muestras de sangre (ADN y suero) se obtengan y almacenen en el Registro y Biobanco Noruego y que la muestra de líquido cefalorraquídeo obtenida en el momento del diagnóstico se pueda almacenar en el Registro y Biobanco Noruego de EM (no se realizará una nueva muestra).

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN DEL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO, INFORMADOS POR EL PROPIO PACIENTE.

3. Doy mi consentimiento para informar sobre datos acerca de calidad de vida y tratamiento, incluyendo efectos secundarios y síntomas, así como mi experiencia (satisfacción) relacionada con el seguimiento/tratamiento. Estos datos se recogerán a través de Helse Norge, Sanidad Noruega, buzón digital o carta.

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre:

Fecha de nacimiento y nº de identidad: (11 cifras):

.....

.....

Lugar:

Fecha:

Firma:

.....

.....

.....

Firma del tutor si usted es menor de 16 años:

Lugar:

Fecha:

Firma:

.....

.....

.....