

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON NEOPLASIAS ENDOCRINAS MÚLTIPLES Y FEOCROMOCITOMAS/PARAGANGLIOMAS**

Yo:

(Nombre y apellidos)

Una vez proporcionada la información verbal y escrita pertinente sobre el Registro Español de Neoplasia Endocrina Múltiple, Feocromocitomas y Paragangliomas (Regmen) del Grupo Español de trabajo de Neoplasia Endocrina Múltiple, Feocromocitomas y Paragangliomas, declaro que:

1. He leído el documento de información.
2. Se me han explicado las características y los objetivos del Registro.
3. Entiendo el propósito de este proyecto y los procedimientos que se realizarán.
4. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
5. Sé que mi identidad será conocida por los responsables del Registro para poder registrar el seguimiento de mi enfermedad, pero será secreta para los investigadores que utilicen los datos.
6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarlo en cualquier momento, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mis cuidados médicos. Tras ello se procederá a anonimizar completamente mis datos personales, no se podrá realizar desde ese momento ningún registro de seguimiento de mi enfermedad, y se dejará de compartir mis datos con otros registros.
7. Se me ha entregado una copia de la hoja de información y una copia de este consentimiento informado, fechado y firmado.
8. He expresado mi deseo de que se respeten las siguientes excepciones respecto al uso de mis datos:

He hablado con Dr./Dra.

**DOY MI CONSENTIMIENTO para** que los datos clínicos referentes a mi enfermedad sean almacenados en el (Regmen), cuya información podrá ser manejada con fines exclusivamente científicos.

**DOY MI CONSENTIMIENTO para** que los datos clínicos referentes a mi enfermedad sean compartidos con Registros Internacionales cuya información podrá ser manejada con fines exclusivamente científicos.

Firmado (El médico)	Firmado (Paciente / Representante legal)
Dr.	D./Dña
Nº Colegiado:	D.N.I.
Fecha:	Fecha:

**Para retirar su consentimiento puede contactar con:**

**Dr.**

**Tel:**