

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL REGISTRO ESPAÑOL DE SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS

## RESMD

Versión 1.3 (enero de 2019)

Yo, \_\_\_\_\_ he sido informado/a por \_\_\_\_\_, miembro del equipo de investigación del RESMD sobre la posibilidad de participar en el RESMD mediante la recogida anónima de los datos sobre mi enfermedad, que se unirán a los de otras personas con SMD en un registro nacional cuya finalidad es mejorar la atención a las personas con mi enfermedad.

Accedo a participar en este estudio bajo los siguientes supuestos:

1. Que mi participación es voluntaria.
2. Que se preservará en todo momento mi anonimato
3. Que puedo renunciar en cualquier momento a participar en el estudio sin que ello suponga ningún tipo de cambio en la atención médica que recibo.
4. Que los datos sólo serán usados para la finalidad inicial con la que fueron solicitados.
5. Que los datos pueden ser compartidos con otros grupos nacionales o extranjeros tanto de la comunidad económica europea como de fuera de ella con la misma finalidad investigadora

También he sido informado de que en caso de duda puedo contactar con los investigadores del centro hospitalario donde soy atendido, preguntando por

\_\_\_\_\_ en el teléfono \_\_\_\_\_, extensión \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_  
Fecha, nombre y firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha, nombre y firma del investigador

*NOTA: El consentimiento informado será recogido y custodiado en los centros de origen de los pacientes.*

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL REGISTRO ESPAÑOL DE SMD**  
**RESMD**

Versión 1.3 (enero de 2019)

Yo, \_\_\_\_\_, o actuando en mi  
representación la siguiente persona \_\_\_\_\_,

REVOCO el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
para la utilización de mis datos personales y de enfermedad en el RESMD, y no deseo que  
se continúe haciendo uso anónimo de ellos a partir de la fecha de hoy.

En, \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Fecha, nombre y firma del paciente o representante legal