

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente:

NHC:

CENTRO:

Por favor, lea atentamente la información de este documento y asegúrese de haberla comprendido bien: *la investigación médica* en medicina es fundamental para avanzar en el conocimiento, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. La *Constitución Española* y la *Ley General de Sanidad* reconocen la necesidad de fomentar la investigación médica.

Para llevar a cabo estos estudios, algunas de las muestras biológicas (suero, líquido cefalorraquídeo) obtenidas en el proceso médico asistencial normal se almacenan, convenientemente conservadas. Esto posibilita que se puedan usar en el futuro, por ejemplo, si aparecen nuevos datos sobre la enfermedad o nuevas técnicas de análisis y diagnóstico.

Una enfermedad neurológica autoinmune es aquella que se produce cuando nuestros mecanismos de defensa atacan al propio organismo, en concreto al sistema nervioso, y en la mayoría de los casos la causa es desconocida. En algunas de estas enfermedades las sustancias que se producen como mecanismo de defensa, los llamados anticuerpos, se pueden detectar en las muestras biológicas, lo que facilita el diagnóstico y en muchos casos ayuda a conocer el pronóstico de la enfermedad. El análisis que le solicita su médico es el habitual para llevar a cabo ese objetivo asistencial. Le pedimos permiso para que una vez realizada la prueba solicitada por su médico, podamos conservar esa muestra para posibilitar que se puedan usar en el futuro para la detección de anticuerpos que en el momento actual no se detectan.

### Confidencialidad y seguridad de la muestra

De acuerdo con la normativa Española y de la Comunidad Europea, su muestra será almacenada en un lugar seguro y con acceso restringido, garantizando el derecho a la intimidad. La muestra será guardada en la Seroteca de Neurología del Hospital Clínic de Barcelona, y tan solo el personal sanitario autorizado tendrá acceso a la misma.

HE LEIDO CON DETENIMIENTO EL DOCUMENTO, HE ENTENDIDO TODAS LAS EXPLICACIONES Y HE RECIBIDO TODAS LAS EXPLICACIONES A MIS PREGUNTAS, POR LO QUE:

Autorizo el almacenamiento de muestras biológicas en las condiciones expresadas anteriormente.

Firmado  
Nombre y apellidos

Fecha

Médico responsable  
Nombre y apellidos

Fecha