



Personalised HealthCare

Formulario de consentimiento informado para Testeo de Enfermedades Desmielinizantes del SNC

Estimado paciente:

Le solicito a través del presente formulario su autorización para realizar análisis neuroinmunológicos sobre su muestra de suero y/o líquido cefalorraquídeo.

Estas pruebas tienen el propósito de determinar la presencia o no de ciertas enfermedades inflamatorias autoinmunes del sistema nervioso central.

Los resultados de estas determinaciones serán cotejados con sus datos clínicos y radiológicos, a fin de mejorar las posibilidades de un diagnóstico efectivo.

Las muestras serán tratadas de un modo completamente anónimo, de manera que los profesionales responsables de las mismas mantendrán la confidencialidad de sus datos.

Tenga en cuenta que existe el potencial riesgo de daño, extravío, hurto o robo de las muestras cedidas, y que tales eventuales circunstancias se encuentran fuera de la órbita del control del profesional tratante, y de Productos Roche S.A.Q. e I.

La decisión de autorizar o no la realización de estas pruebas, está completamente librada a su voluntad personal.

Debe tener también en cuenta que al dar esta autorización, está brindando su consentimiento para que los resultados sean registrados y empleados para análisis científicos por parte del personal médico que se ocupa de su seguimiento, y puedan ser comunicados en congresos, reuniones científicas y publicaciones de carácter médico. En cualquier caso se le garantiza que su identidad estará completamente dissociada en estos estudios.

Yo

DNI Autorizo libre y voluntariamente el estudio solicitado:

Dejo constancia que he sido debidamente informado/a con respecto al significado de estas pruebas, de manera de haber entendido el fundamento de la misma.

Fecha

.....

Firma paciente

ORIGINAL