

INSTRUCCIONES PARA PARTICIPANTES DE COHORTE CANTABRIA

Proyecto: Cohorte poblacional multipropósito en población general de Cantabria

Centro Coordinador: Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL)

Contacto: cohortecantabria@idival.org

Recomendaciones generales:

- Acudir preferiblemente en ayunas, pero, si no es posible, no ingerir ningún alimento en las 4h anteriores a la visita.
- Acudir con calzado/calzetas fáciles de quitar, ya que necesitaremos que se descalce totalmente para la medida de peso, talla y composición corporal (bioimpedanciometría).
- Ser puntual, llegando en un margen de ± 5 minutos. Así evitará esperas y que se formen grupos de gente que superen el aforo permitido.
- Traer la hoja de *Consentimiento Informado* impresa y firmada durante su primera visita, que además le servirá como identificación para el personal de seguridad del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. En la segunda visita y sucesivas, su carnet de participante le servirá como identificación.

ACCESO AL PUNTO DE TOMA DE MUESTRAS

El punto de toma de muestras de la Cohorte Cantabria se localiza en la planta baja del pabellón 20 del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla:

- Si está en la entrada de Valdecilla Sur: subir la cuesta de la calle Segundo López Vélez.
- Si está en la entrada del Edificio Las Torres o 2 de noviembre: bajar por las escaleras exteriores (Ver Mapa 1).



Mapa 1

El acceso al pabellón 20 se realizará por la puerta del pasillo acristalado que comunica los pabellones 19 y 20 (Ver Imagen 1). Encontrará un cartel de Cohorte Cantabria indicando el acceso.



Imagen 1

CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El documento *Consentimiento informado* es un documento que debe imprimir (dos copias), cumplimentar y firmar antes de su participación en Cohorte Cantabria. Mediante su cumplimentación y firma, acepta participar en el estudio y autoriza el manejo de sus datos. Es indispensable que nos proporcione este documento para participar en Cohorte Cantabria. Una de las copias será custodiada por el Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL), mientras que la otra será para usted.

En la primera cara del documento (Ver Imagen 2):

1. Debe rellenar los espacios de **APELLIDOS** y **NOMBRE** con sus **apellidos y nombre, escritos en letras mayúsculas**.
2. **No debe completar el resto de campos**, ya que estos serán cumplimentados por el personal que le atenderá en su visita.

Logo de COHORTE Cantabria, Valdecilla IDIVAL y GOBIERNO de CANTABRIA CONSEJERÍA DE SANIDAD.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

HISTORIA CLÍNICA / Registro _____

He sido informado por _____

ETIQUETA

Declaro que he recibido información adecuada sobre:

- Lo que implica mi participación en el proyecto **COHORTE CANTABRIA**, sus objetivos, y la información sobre el procesamiento y almacenamiento de los datos personales y las muestras biológicas;
- La obtención de datos a partir de entrevistas y/o cuestionarios relacionados con mi salud, hábitos de vida, trabajo, etc., así como otros datos relacionados con los objetivos de la investigación, que serán recogidos a partir de los registros públicos de salud y otros registros, siempre con mi acuerdo y la autorización de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria;
- Que mi participación es voluntaria y altruista;
- Los beneficios e inconvenientes del proceso;
- La finalidad para la que se utilizarán tanto mis muestras como mis datos personales en este proceso, y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente, así como de la posibilidad de ceder a terceros las muestras para futuros proyectos de investigación que cumplan con las exigencias éticas y legales aplicables;
- Que mis muestras y datos personales serán proporcionados de forma pseudonimizada a los investigadores que trabajen con ellas;
- Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y solicitar la supresión de mis datos personales y muestras custodiados en IDIVAL;
- Que tengo derecho de ejercitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación, en ciertos supuestos también la portabilidad y olvido a mis datos personales archivados en IDIVAL;
- Que de acuerdo con los objetivos del proyecto COHORTE CANTABRIA, podré ser contactado en el futuro para la actualización de los datos ya recogidos, o para la adquisición de nuevos datos y muestras de sangre, siempre con mi consentimiento previo;
- Que he comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

MARQUE CORRECTAMENTE

Marque sí en cuadrado No marque

Página 1 | 2

VI.20210604

Imagen 2

En la segunda cara del documento (Ver Imagen 3):

- Si acepta participar en Cohorte Cantabria debe **marcar la opción Sí**, rellenando completamente el cuadrado que se encuentra a la derecha de la palabra *Sí*. Si está de acuerdo con el resto de opciones, marque *Sí* del mismo modo.
- Bajo el epígrafe *Datos del participante*, deberá poner de nuevo su nombre y apellidos, y **firmar**.
- No debe completar los datos de la persona que le informa ni la fecha**, ya que estos serán cumplimentados por el personal que le atenderá en su visita.

Y AUTORIZO,

PARTICIPAR EN LA COHORTE CANTABRIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
La recogida de datos de salud sobre la mi persona, a partir de los registros oficiales de salud (Historia Clínica, Seguridad Social, receta electrónica, etc.)	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
La donación de una muestra de sangre al Biobanco Valdecilla, y su utilización en posteriores proyectos de investigación.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
La donación de los excedentes de tejido diagnóstico al Biobanco Valdecilla, y su utilización en posteriores proyectos de investigación.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
La publicación de datos anonimizados en repositorios públicos derivados de estudios genéticos realizados sobre mis muestras	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se me informe sobre los resultados referidos a mi salud derivados de los estudios realizados sobre mi muestra biológica	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
A ser contactado en un futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos en la actualidad.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RESTRICCIONES DEL USO DE LA MUESTRA <i>Especifique a continuación si no desea que se utilice su muestra y datos asociados en algún uso concreto:</i>	
DATOS DEL PARTICIPANTE	DATOS DEL RESPONSABLE QUE INFORMA
D/Dña (Nombre y apellidos):	D/Dña (Nombre y apellidos):
Firma	Firma
En Santander, a de de 20.....	

V1.20210210

Página 2 | 2

Imagen 3