**Full d’informació i Consentiment al pacient per a l’ús de dades de salut en recerca**

**Versió i data (OBLIGATORI):**

A l'Hospital Clínic de Barcelona (HCB), a més de la tasca assistencial, es realitza investigació biomèdica, que permet progressar en el coneixement de la Medicina. En aquest sentit, la informació mèdica que s’obté durant el diagnòstic o control de les malalties, un cop utilitzades amb aquesta finalitat, resulten també útils i necessàries per a la investigació.

Amb aquest document li demanem permís per a fer servir les seves dades de salut, ja siguin les obtingudes durant les seves visites mèdiques habituals o les obtingudes en projectes de recerca en que vostè pogués participar, per a utilitzar-les en futurs estudis de recerca en l’àrea de [espai per a especificar la línia de recerca]. Considerarem que accepta aquests usos amb la signatura d’aquest document.

Les dades que es recullin per a ser usades en recerca es codificaran, això vol dir que no s’inclourà cap tipus d’informació que permeti identificar els participants. Només el metge i equip mèdic que ha recollit les dades i amb dret d’accés a les dades de la seva història clínica, podran relacionar les dades recollides amb la identitat del pacient.

La identitat dels participants no estarà a l’abast de cap altra persona a excepció d’una urgència mèdica o requeriment legal.

Podran tenir accés a la informació personal identificada, les autoritats sanitàries, el Comitè d’Ètica d’Investigació i personal autoritzat pel promotor de l’estudi, quan calgui per a comprovar dades i procediments de l’estudi, però sempre mantenint la confidencialitat d’acord a la legislació vigent.

Només es cediran a tercers i a d’altres països les dades codificades, que en cap cas contindran informació que pugui identificar al participant directament (com nom i cognoms, inicials, adreça, número de la seguretat social, etc). En el suposat que es produís aquesta cessió, seria per a la mateixa finalitat de l’àrea de recerca descrita més amunt i garantint la confidencialitat.

Si es realitzés una transferència de dades codificades fora de la UE, ja sigui a entitats del nostre grup, prestadors de serveis o a investigadors que col·laborin amb nosaltres, el responsable de la gestió de les seves dades es compromet a que les dades queden protegides per principis de precaució com contractes o d’altres mecanismes establerts per les autoritats de protecció de dades.

Les seves dades seran conservades mentre sigui necessari per acomplir la finalitat indicada en aquest document.

De conformitat amb l’establert al Reglament (UE) 2016/679 de 27 d’abril relatiu a la protecció de les persones físiques en relació al tractament de les seves dades personals i a la Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre de Protecció de Dades Personals i Garantia dels drets digitals., l’Hospital Clínic de Barcelona amb  CIF Q0802070C i domicili al carrer Villarroel 170 de Barcelona, com a responsable del tractament, l’informa que pot contactar amb el Delegat de Protecció de Dades a través de protecciodades@clinic.cat, si té qualsevol dubte, queixa o necessita exercir algun dels seus drets esmentats tot seguit.

Vostè té dret a accedir a les seves dades, sol·licitar la rectificació de les dades inexactes o, si és el cas, sol·licitar la seva supressió. Així com limitar el seu tractament, oposar-se i retirar el consentiment del seu ús per a determinades finalitats. Aquests drets els pot exercir a través del correu electrònic protecciodades@clinic.cat. Així mateix l’informem del seu dret a presentar una reclamació davant de l’Agència Catalana de Protecció de Dades front qualsevol actuació del HCB que consideri que vulnera els seus drets.

El seu consentiment és totalment voluntari. Pot negar-se a signar-lo o retirar el seu consentiment en qualsevol moment sense haver d'explicar els motius i això no repercutirà negativament en la seva assistència mèdica present o futura.

Moltes gràcies per la seva col·laboració.

**Jo....................................................................autoritzo l’ús de les meves dades de salut en les**

 (nom i cognoms del pacient)

**condicions en que se m’han explicat:**

🞏 SI 🞏 NO

Signatura del pacient: Signatura del Personal sol·licitant:

Sr./Sra............................................................ Sr./Sra......................................................

DNI…………………………………………………………..... DNI……………………………………………...............

A..................., a..…… de………………de............. A..................., a..…… de………………de.........