



**Sociedad Argentina
de Hematología**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FORMAR PARTE DEL
REGISTRO ARGENTINO DE ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS (RAEH)
DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HEMATOLOGÍA.**

**Consentimiento para Pacientes Menores de 18 años
CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL PACIENTE**

Título del Protocolo: *Registro Argentino de Enfermedades Hematológicas (RAEH).*

Registro de _____

Proyecto de investigación clínico epidemiológico

Lugar de realización: Sociedad Argentina de Hematología y Centros participantes.

Coordinador General: Juan Dupont – Alicia Enrico

Coordinadores del Registro: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Edad:** ____ **Sexo:** _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Yo _____ de ____ años, padre/madre/tutor del niño/a _____ digo que el médico abajo firmante me explicó claramente los objetivos del estudio que en el que será incluido mi hijo y me describió perfectamente el mecanismo por el cual mi hijo fue elegido.

Tomo conocimiento que los datos personales y clínicos de mi hijo se mantendrán estrictamente confidenciales y que los mismos solo figurarán bajo un número de código. Podrán tener acceso a los mismos sólo las personas autorizadas, además de mi médico tratante, quienes pueden revisar la ficha médica de mi hijo y utilizarlos en beneficio de los objetivos del estudio.

Tomo conocimiento de que la participación de mi hijo en este estudio es voluntaria y, además, puedo retirar a mi hijo del presente estudio cuando yo lo desee, sin tener que dar explicaciones, y sin que esto repercuta sobre los cuidados médicos.

Tomo conocimiento que el estudio no produce riesgo de daño adicional al diagnóstico y tratamiento convencional.

La participación en este estudio no implicará ningún gasto ni pago adicional de mi parte.

Tuve la posibilidad de hacer todas las preguntas que necesité para aclarar mis dudas y quedo satisfecho con las respuestas recibidas.

Recibí una copia de la hoja informativa y de la documentación sobre el consentimiento informado.

Luego de todas estas explicaciones del estudio, presto voluntaria y libremente mi conformidad al Dr.

_____ para que se incluya a mi hijo

_____ en este protocolo titulado "Registro

Argentino de Enfermedades Hematológicas (RAEH). Registro de

_____".

Firma y aclaración del padre/madre/ tutor

DNI./CI/LC./LE N°: _____ Fecha: ____/____/____

Firma y aclaración del Investigador

DNI./CI/LC./LE N°: _____ Fecha: ____/____/____

Firma y aclaración del testigo

DNI./CI/LC./LE N°: _____ Fecha: ____/____/____

Firma y aclaración del Paciente (si corresponde)

DNI./CI/LC./LE N°: _____ Fecha: ____/____/____