|  |  |
| --- | --- |
| Título del estudio: | |
| Nombre Investigador/a Responsable: | |
| Unidad/Departamento/Servicio: | |
| Centro: | |
| Teléfono investigador/a: | |
| Correo electrónico investigador/a: | |
| Patrocinador (si fuere el caso): | |
| **Consentimiento Informado Versión N°** | **Fecha: 00/00/0000** |

**A. Información al participante y/o representante**

**1. Invitación**

El propósito de esta información es hacerle una invitación para que usted *(o su representado/a)* participe en el estudio referido en el título de este documento.

Para que pueda tomar una decisión informada de si desea o no participar de la investigación, en este documento se describe el objetivo del estudio, sus derechos y obligaciones, los procedimientos necesarios para el estudio y los posibles beneficios y riesgos de participar en él.

Tome el tiempo que necesite para decidir, lea detenidamente la información que sigue y no dude en hacer las preguntas que desee al médico que se lo está explicando, a su familia o amigos.

**2. Razones de la invitación**

Usted es invitado a participar en este estudio porque *(explicar el criterio de reclutamiento, a fin de que el eventual participante entienda por qué ha sido seleccionado para el estudio).*

**3. Objetivo del estudio**

El objetivo de este estudio es *(explicar en palabras simples).*

**4. Procedimientos de la investigación**

***-*** *Descripción de los procedimientos a seguir en el estudio, incluyendo aquellos que son invasivos.*

***-*** *Diferenciar claramente aquellos procedimientos que son requeridos por la investigación de los que corresponden al cuidado clínico habitual, diferenciando los riesgos inherentes a cada uno de ellos.*

*- Indique claramente cómo se llevará a cabo la exploración clínica. Si procede indique para qué se obtendrán las muestras biológicas como sangre, orina, deposición, material de biopsia, tejidos, etc. y en qué cantidad, utilizando medidas simples (cucharada, taza, etc.).*

*- Señale por cuánto tiempo y dónde se almacenarán las muestras y quién será el responsable de su custodia.*

*- Debe quedar claro si las muestras obtenidas podrían ser utilizadas para estudios posteriores que se ciñan al objetivo del presente estudio.*

*- Para estudios con objetivos distintos de los señalados en este documento, indicar que se requerirá un nuevo Consentimiento Informado.*

*- Incluya una estimación del tiempo (en número visitas o meses de seguimiento) que durará la participación.*

*- Si corresponde, entregue un esquema simplificado y/o calendario de visitas y controles de salud.*

*- Para estudios experimentales con asignación aleatoria a grupos, debe quedar claro el concepto y cómo se realiza (i.e., por un computador), si hay o no doble ciego y las posibilidades de recibir comparador inactivo si se usa placebo (i.e., usted tiene una en dos posibilidades de…).*

***-*** *Indicar procedimientos alternativos o tratamientos existentes y disponibles para el sujeto si los hay, sus riesgos y beneficios potenciales relevantes.*

*-Si en la investigación se obtiene información de relevancia clínica indicar que los resultados obtenidos serán informados a su médico tratante, el que le indicará el curso de acción médico más adecuado.*

**5. Beneficios posibles para los sujetos participantes**

*Indicar los beneficios directos, reales o potenciales que podrá obtener el participante con el procedimiento o fármaco en estudio, así como los posibles beneficios a terceros (futuros pacientes, progreso de la medicina, bien común).*

**6. Riesgos posibles para los sujetos participantes del estudio**

*Incluir los riesgos involucrados, aunque sean mínimos, en cuanto a magnitud y probabilidad, ej, dolor local y/o pequeños moretones en la extracción de sangre. Indicar también los efectos adversos y posibles complicaciones.*

*Si no hay riesgos, indicar: “Esta investigación médica no tiene riesgos para usted”.*

**7. Voluntariedad y revocación del consentimiento**

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o revocar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que se le entrega como paciente de esta institución y no se verá afectada la calidad de la atención médica requerida.

*Algunos protocolos requieren que, por motivos de seguridad, no se eliminen los datos o muestras del paciente que se retira del estudio. Si es el caso se sugiere la siguiente redacción: si usted retira su consentimiento, por motivos de seguridad puede ser necesario que analicemos sus datos obtenidos hasta ese momento. Esto lo haremos asegurando su confidencialidad.*

**8. Confidencialidad**

Toda la información derivada de esta investigación será mantenida en estricta confidencialidad. Sólo tendrán acceso a ella los miembros del equipo investigador autorizados por el Comité Ético Científico de Clínica Santa María y será utilizada exclusivamente para el desarrollo de los objetivos del estudio.

**9. Publicación científica y confidencialidad**

Es posible que los datos y resultados derivados de este estudio puedan ser publicados en revistas y congresos médicos, si esto ocurre, y en conformidad en lo establecido las leyes 20.584, 20.120 y 19.628, sus datos clínicos serán anonimizados a fin de que usted no pueda ser identificado(a).

**10. Costos**

*- Señalar que todos aquellos procedimientos/tratamientos necesarios por la participación del paciente en la investigación serán pagados por el patrocinador o por quien corresponda.*

*- También puede mencionarse la presencia de gastos operacionales (ej.: pago de la movilización o colación).*

*- De ser pertinente, se puede especificar que los procedimientos/tratamientos necesarios para manejar la condición clínica basal del paciente, no serán financiados por el estudio.*

*-Si hubiera algún gasto, explicitar quién asumirá ese costo y el valor implicado*

**11. Compensaciones**

*- Señalar quién pagará los eventuales daños que el participante pudiera sufrir derivados directamente de la participar en el protocolo.*

*- Explicitar que habrá o no compensaciones por complicaciones inherentes a la condición clínica del sujeto.*

*- El pago es a todo evento y no contingente al uso o existencia de seguro de salud del sujeto.*

*- Se debe incluir información de la existencia de un seguro específico cuando corresponda.*

**12. Derechos del paciente**

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a su participación en este estudio, será respondida por el Investigador Responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento.

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a sus derechos como participante del presente estudio de investigación puede comunicarse con el Presidente del Comité Ético Científico de Clínica Santa María Dr. Agustín Espejo García – [comite.eticocientifico@clinicasantamaria.cl](mailto:comite.eticocientifico@clinicasantamaria.cl) – tel. 229132847.

El Comité Ético Científico está conformado por un grupo de personas independientes del investigador y del patrocinador, que evalúa y monitorea el estudio desde su inicio hasta su finalización, y cuya función es asegurar que su bienestar como participante sea preservado y sus derechos respetados.

**B. Consentimiento Informado. Hoja de firmas**

**Al firmar el presente documento, declaro que:**

1. Se me ha explicado el propósito de esta investigación médica, los procedimientos, beneficios y riesgos.
2. Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado(a) a hacerlo.
3. No estoy renunciando a ningún derecho que me corresponda.
4. Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

**Los espacios que siguen van escritos de puño y letra por los firmantes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del paciente | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| …………………………………..  Nombre del representante o testigo  (si fuere pertinente)  …………………………………….  **relación con el paciente** | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del profesional autorizado que explica el Consentimiento Informado | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del Investigador Responsable | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre director de la institución/delegado | RUT | Firma | Fecha | Hora |

**Este documento sólo es válido si cuenta con la autorización y timbre del Comité Ético Científico de Clínica Santa María.**