

**SOLICITUD DE DATOS Y/O MUESTRAS CohVID**

Código solicitud:

**1. SOLICITANTE**

**Datos del Investigador Principal**

Nombre y apellidos:

Centro o institución:

Servicio/Departamento:

Dirección postal:

Teléfono:  E-mail:

Presenta solicitud:

Nueva solicitud

Respuesta a aclaraciones (En este caso sólo referencie las modificaciones)

Solicita: Datos  Muestras  Datos y muestras

**Datos para el envío de muestras (Señalar si los datos coinciden con los del IP)**

Nombre y apellidos:

Departamento / Unidad:

Institución:

Dirección postal:

Teléfono:  Correo electrónico:

Mensajería para el transporte de muestras:

## 2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título:

Agencia financiadora:

Referencia (si existe):

Aprobación por el Comité de Ética de la Investigación Clínica acreditado      Sí       No

Tipo de proyecto:      Público       Privado       Nacional       Internacional

En el caso de proyectos internacionales indicar los países participantes:

¿Es un Ensayo Clínico?      Sí       No

Financiación concedida (Euros):

Duración estimada del Proyecto:

Resumen del proyecto de investigación (Hipótesis, objetivos, metodología y justificación del material solicitado):

**Documentación a adjuntar:**
 Proyecto o resumen del proyecto

 Dictamen favorable de un Comité de Ética

 Otros: 

### 3. Datos solicitados

**Variables solicitadas y fechas:**

**Criterios de selección de pacientes (criterio de inclusión-exclusión):**

**Número de pacientes que se requiere para el estudio (justificación numérica y análisis estadístico):**


### 4. Muestras solicitadas

**I DONANTE** (Especificar restricciones de edad, sexo, otros en caso de haberlos)

 Edad: Min.  Max.  Indiferente 

 Sexo: Hombre  Mujer  Indiferente 

 Otras especificaciones: 
**II MUESTRAS**

	N.º Casos	N.º controles	Volumen o cantidad/caso
Suero	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plasma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sangre total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PBMCs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exudado nasofaríngeo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras muestras (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Justificación de las muestras solicitadas (Incluir las pruebas a realizar con las muestras):

## 5. Bibliografía más relevante

## 6. Otras aclaraciones

## 7. Condiciones generales de los datos y/o muestras

Siguiendo las pautas establecidas por la *Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica* y el *Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre*, el investigador solicitante acepta los siguientes compromisos:

1. Utilización de los datos y/o muestras únicamente para el propósito descrito en la solicitud de cesión.
2. Obligación por parte del destinatario de asegurar la trazabilidad de la muestra.
3. Garantía de disponibilidad de la información genética que, en su caso, se obtenga del análisis de las muestras.
4. Comunicación a la Coordinación de CohVID GS y/o al Biobanco IISGS de los resultados de la investigación.
5. Devolución al Biobanco IISGS del material sobrante una vez finalizado el proyecto.
6. En las comunicaciones y publicaciones científicas derivadas de la investigación realizada con los datos y/o muestras, el investigador se compromete a seguir la política de autoría establecidas de la Cohorte CohVID GS/BioBanco IISGS y que se especificarán en el acuerdo de cesión de datos y/o muestras.

## 8. Firma del Investigador

Nombre y apellidos / Cargo / Institución:

Firma:

--	--

## 9. A cubrir por Coordinación Cohorte CohVID GS

Código de registro:

Fecha de entrada:

Resolución por el Comité Científico Extraordinario:

## 10. A cubrir por el Biobanco

Código de registro:

Fecha de entrada:

Resolución por el Comité Científico:

Resolución por el Comité Ético:

En cumplimiento de la legislación vigente en Protección de Datos le indicamos que los datos de carácter personal que nos facilite en el presente formulario serán tratados por FUNDACIÓN BIOMÉDICA GALICIA SUR, con CIF G36911972 y domicilio en Hospital Álvaro Cunqueiro, Bloque Técnico, Planta 2, Ctra. Clara Campoamor 341, 36212 Vigo (Pontevedra), con la finalidad de gestionar los clientes de los servicios prestados por el Centro. A tales efectos, usted podrá ejercer sus derechos de oposición al tratamiento descrito, así como los derechos de acceso, oposición, corrección, cancelación, limitación, restricción o supresión de los mismos, también podrá ejercer sus derechos de portabilidad reconocidos por la citada normativa en materia de protección de datos de carácter personal, mediante el envío de carta certificada a la dirección postal del biobanco.