

Consentimiento informado del Registro Latinoamericano de Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI-LATAM) – Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT)

Me ha informado mi Dr. [COLOQUE NOMBRE Y APELLIDO DE MÉDICO TRATANTE] que mi diagnóstico es **fibrosis pulmonar idiopática (FPI)**. Entiendo que es una enfermedad poco frecuente en comparación con otras enfermedades pulmonares, por lo que es muy importante conocer características demográficas, clínicas, estudios de laboratorio y tomografía de todos los pacientes de Latinoamérica que tienen esta enfermedad, tanto al momento del diagnóstico como posterior al tratamiento de la misma.

Por esta razón, me solicitan ingresar mis datos a una base de datos que está avalada por el Departamento de Enfermedades intersticiales de la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT): en ella se mantendrá total confidencialidad de la información y solamente mi médico es quien podrá contactarme o conocer mi identidad. El resto de los investigadores sólo conocerán una codificación, única para mí, y en caso de dudas o comentarios se los harán directamente a mi médico.

La información que se vierta en esta base de datos no generará costo alguno a mi persona ni influirá en el tratamiento que mi médico decida para mí, y estoy en total libertad de decidir si acepto participar en este registro sin que esa decisión influya en mi tratamiento.

El análisis de la información de la base de datos permitirá identificar las características de los pacientes con FPI en mi país, conocer los tratamientos utilizados en mi país y en Latinoamérica, reconocer diferentes barreras que enfrentan los neumólogos en Latinoamérica para darnos atención adecuada, determinar la sobrevida y las causas de muerte de los pacientes con FPI en Latinoamérica. Entiendo que no me será dado ningún pago por aceptar participar en este registro y el beneficio será el mejorar las condiciones y conocimiento de la enfermedad.

De los reportes que se generen a partir de la información del registro en ningún momento se dará a conocer mi identidad y se manejarán los resultados junto con el resto del grupo de mi país.

Acepto participar libremente con mi información en el **Registro Latinoamericano de Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI-LATAM) – ALAT**.

FIRMA y ACLARACIÓN DE FIRMA

FECHA

FIRMA y ACLARACION DE MÉDICO TRATANTE