



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO:

**Individualized Perioperative Open lung Ventilatory approach in Emergency Abdominal Laparotomy/scopy. A prospective international multicenter randomized controlled trial. iPROVE-EAL study.**

Yo, ..... (nombre y apellidos del participante) con  
DNI.....,

He leído el documento de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: .....(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:



## CONSENTIMIENTO ORAL ANTE TESTIGOS

La declaración del testigo imparcial es obligatoria cuando el paciente, el padre o madre, el tutor o el representante legal no sepan leer o escribir.

Título del PROYECTO:

**Individualized Perioperative Open lung VEntilatory approach in Emergency Abdominal Laparotomy/scopy. A prospective international multicenter randomized controlled trial. iPROVE-EAL study.**

Yo, ..... (nombre y apellidos) con DNI.....,

He recibido la hoja de información sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He sido informado por: ..... (nombre del investigador)

Declaro bajo mi responsabilidad que: ..... (nombre del participante del ensayo) con DNI.....

Comprende que su participación es voluntaria.

Comprende que puede retirarse del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Y ha expresado libremente su conformidad para participar en el estudio.

Firma del Testigo

Firma del Investigador

Fecha

Fecha



## CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL

Título del PROYECTO:

**Individualized Perioperative Open lung Ventilatory approach in Emergency Abdominal Laparotomy/scopy. A prospective international multicenter randomized controlled trial. iPROVE-EAL study.**

Yo, ..... (nombre y apellidos del representante) con DNI..... y en calidad de.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: ..... (nombre del Investigador)

Comprendo que la participación en el estudio es voluntaria

Comprendo que es posible retirarse del estudio:

1. Cuando así lo quiera el participante
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

En mi presencia se ha dado a ..... (nombre del participante), toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar.

Y presto mi conformidad con que ..... (nombre del participante) participe en el estudio.

Firma del Representante

Firma del Investigador

Fecha

Fecha