

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL REGISTRO DE
PACIENTES CON NUTRICION ENTERAL DOMICILIARIA EN
N.E.P.A.D.**

El/La Dr./Dra.....informa al
paciente Sr./Sra.....y a su
tutor legal Sr./Sra
de la existencia de un proyecto de estudio sobre nutrición enteral domiciliaria “Registro
on line de nutrición enteral pediátrica ambulatoria y domiciliaria (NEPAD)” y pide su
participación.

La Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica con objeto de valorar la incidencia de la Nutrición Enteral Domiciliaria Pediátrica y mejorar la asistencia a los pacientes que la requieren, ha puesto en marcha un Registro de los pacientes menores de edad que la llevan a cabo. Por ello, solicitamos su permiso para que los datos de su hijo/a referentes a su enfermedad de base, las características técnicas del soporte nutricional realizado y el motivo de suspensión de la nutrición enteral puedan ser recogidos y valorados en conjunto con los de otros niños con nutrición enteral domiciliaria. Dichos datos se manejarán de forma anónima siempre de acuerdo con los principios recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

He leído la hoja de información que se me ha entregado, he sido informado y he podido realizar todas las preguntas necesarias para comprender el estudio que se realiza.

Autorizo la incorporación de los datos de mi hijo/a en el registro de Nutrición Enteral Pediátrica Ambulatoria Domiciliaria de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Comprendo que es una participación voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera.

En....., a de de

Firma padre/madre/tutor

Firma facultativo