

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He recibido información verbal del estudio y he leído la información escrita de este documento.

He tenido la oportunidad de comentar el estudio y realizar preguntas.

Consiento libremente en participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es completamente voluntaria..

Entiendo que me puedo retirar del estudio en cualquier momento sin que afecte a mi atención médica futura.

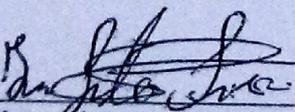
Firmando este documento de información y consentimiento, acepto que mis datos personales, incluidos los datos relacionados con mi estado de salud físico o mental, así como mi raza u origen étnico se utilicen de la forma descrita en este documento.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de información y consentimiento.

Doy mi consentimiento a participar en este estudio (y en la prueba opcional de biomarcadores, si he dado mi consentimiento a continuación).

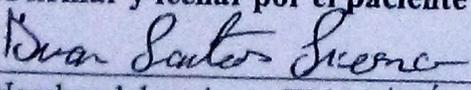
### INVESTIGACIÓN OPCIONAL SOBRE BIOMARCADORES:

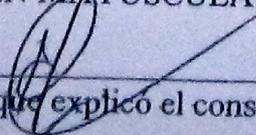
<b>Investigación de biomarcadores</b>	
Estoy de acuerdo en que se me extraigan muestras de sangre específicamente para la investigación de biomarcadores	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"><li>En las visitas 1, 5, 8, 11, 14, 15 y 17</li></ul>	
Estoy de acuerdo en que mis muestras puedan usarse y conservarse para investigación de biomarcadores, ahora y en el futuro, para permitir más investigaciones sobre la naturaleza del lupus y su tratamiento con sifalimumab.	Fecha <u>05-3-13</u>

  
Firma del paciente

05-3-13  
Fecha de la firma

**A firmar y fechar por el paciente**

  
Nombre del paciente (EN MAYÚSCULAS)

  
Firma del investigador que explicó el consentimiento

5/03/2012  
Fecha de la firma

EUGENIO CHAMUTO CARMONA  
Nombre del investigador que explicó el consentimiento (EN MAYÚSCULAS)

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He recibido información verbal del estudio y he leído la información escrita de este documento.

He tenido la oportunidad de comentar el estudio y realizar preguntas.

Consiento libremente en participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es completamente voluntaria..

Entiendo que me puedo retirar del estudio en cualquier momento sin que afecte a mi atención médica futura.

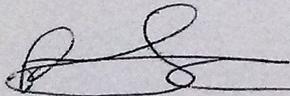
Firmando este documento de información y consentimiento, acepto que mis datos personales, incluidos los datos relacionados con mi estado de salud físico o mental, así como mi raza u origen étnico se utilicen de la forma descrita en este documento.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de información y consentimiento.

Doy mi consentimiento a participar en este estudio (y en la prueba opcional de biomarcadores, si he dado mi consentimiento a continuación).

### INVESTIGACIÓN OPCIONAL SOBRE BIOMARCADORES:

<b>Investigación de biomarcadores</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Estoy de acuerdo en que se me extraigan muestras de sangre específicamente para la investigación de biomarcadores		
<ul style="list-style-type: none"><li>En las visitas 1, 5, 8, 11, 14, 15 y 17</li></ul>		
Estoy de acuerdo en que mis muestras puedan usarse y conservarse para investigación de biomarcadores, ahora y en el futuro, para permitir más investigaciones sobre la naturaleza del lupus y su tratamiento con sifalimumab.	Fecha	<u>17, 09 - 2012</u>

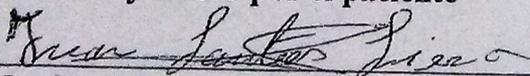


Firma del paciente

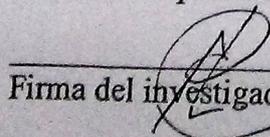
17, 09 - 2012

Fecha de la firma

A firmar y fechar por el paciente



Nombre del paciente (EN MAYÚSCULAS)



Firma del investigador que explicó el consentimiento

17. 09. 2012

Fecha de la firma

EUGENIO CHAMIZA CAZOPANTA  
Nombre del investigador que explicó el consentimiento (EN MAYÚSCULAS)

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He recibido información verbal del estudio y he leído la información escrita de este documento.

He tenido la oportunidad de comentar el estudio y realizar preguntas.

Consiento libremente en participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es completamente voluntaria..

Entiendo que me puedo retirar del estudio en cualquier momento sin que afecte a mi atención médica futura.

Firmando este documento de información y consentimiento, acepto que mis datos personales, incluidos los datos relacionados con mi estado de salud físico o mental, así como mi raza u origen étnico se utilicen de la forma descrita en este documento.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de información y consentimiento.

Doy mi consentimiento a participar en este estudio (y en la prueba opcional de biomarcadores, si he dado mi consentimiento a continuación).

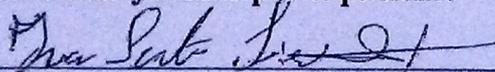
### INVESTIGACIÓN OPCIONAL SOBRE BIOMARCADORES:

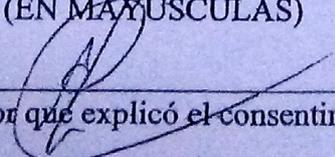
<b>Investigación de biomarcadores</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Estoy de acuerdo en que se me extraigan muestras de sangre específicamente para la investigación de biomarcadores		
• En las visitas 1, 5, 8, 11, 14, 15 y 17		
Estoy de acuerdo en que mis muestras puedan usarse y conservarse para investigación de biomarcadores, ahora y en el futuro, para permitir más investigaciones sobre la naturaleza del lupus y su tratamiento con sifalimumab.	Fecha	<u>26.06.2012</u>

  
Firma del paciente

26.06.2012  
Fecha de la firma

**A firmar y fechar por el paciente**

  
Nombre del paciente (EN MAYÚSCULAS)

  
Firma del investigador que explicó el consentimiento

26.06.2012  
Fecha de la firma

EUGENIO CHAMUÑO CARRERA  
Nombre del investigador que explicó el consentimiento (EN MAYÚSCULAS)