

P Programa

P Personalizado de

T Testeo

Pulmón EGFR – ALK – BRAF& PDL1 EGFR (Bio-liq)

Mama SISH PDL1(SP 142)

Melanoma BRAF

Vejiga PDL1 Pacientes no elegibles para terapia con platinos por riesgo de nefrotoxicidad u ototoxicidad en cáncer de vejiga.

Fecha:...../...../.....

Nombre y apellido del paciente:.....

C. I. del paciente:.....

Edad del paciente:.....

Fecha del nacimiento:.....

Sexo: F M

Procedencia (Institución):

Médico solicitante:.....

Email de médico (para envío de informe):.....

Adjuntar al Consentimiento Informado la muestra y el Informe de Anatomía Patológica (todos obligatorios). Roche International Ltd. es una empresa comprometida con los pacientes y la salud, siendo uno de los objetivos hacer una diferencia tangible en la salud, la vida de las personas y la sociedad. Es en este marco que se brinda la posibilidad de realizar el servicio de confirmación gratuita de HER 2 – SISH, PDL1 (SP142), PDL1 (Vejiga), BRAF (Melanoma), EGFR, ALK, BRAF y PDL1 (Pulmón), EGFR (Bio-liq en pulmón) tanto en la Salud Pública como Privada. Dado el compromiso que Roche posee y su estricto cumplimiento con normas legales y otros lineamientos, resulta esencial la adecuación con la Ley 18.331 de Protección de Datos. Es por ello que el servicio solo podrá realizarse cuando se haya entregado el Consentimiento Informado firmado por el paciente.

Este formulario es válido mientras Roche International Ltd brinde soporte en el Programa Personalizado de Testeo.

Roche International Ltd
Luis Bonavita 1266, Torre IV, Piso 35, Complejo WTC. Montevideo – Uruguay
Para obtener información científica, contactese a: servicio.cientifico@roche.com
www.dialogoroche.com.uy
Impreso en Uruguay - Sin valor comercial



Consentimiento informado

Por medio de la presente, el/la paciente mayor de edad, con cédula de identidad N°, autorizo a mi médico tratante el Dr. ("Médico"), a extraer una muestra de Tejidos de Anatomía Patológica ("Muestra") a los efectos de realizar un estudio de mutación genética ("Estudios") para determinar

La muestra(s) será retirada por Roche International Ltd. ("Laboratorio Roche") o por quien el Laboratorio Roche designe, a efectos de que éste realice los Estudios (de forma directa o a través de un tercero).

Reconozco haber sido debidamente instruido sobre el alcance de dicha extracción y sobre la realización del Estudio por parte del Laboratorio Roche. Asimismo declaro que no he recibido ningún beneficio económico por la realización del Estudio.

Autorizo al Médico a suministrar la muestra(s) al Laboratorio Roche para que éste realice los Estudios correspondientes, y declaro que si por algún motivo, sucediera un hecho adverso a Laboratorio Roche que causara una lesión o extravío de la muestra(s) que impidiera la realización de los Estudios, Laboratorio Roche no será responsabilizado por ningún concepto. Por tal razón renuncio en forma expresa a cualquier acción que pudiera corresponder por cualquier evento adverso, contra Laboratorio Roche.

Asimismo, y de conformidad con la Ley N° 18.331, de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (LPDP), modificativas y su decreto reglamentario N° 414/009, consiento el tratamiento de mis datos personales (incluyendo información sensible) los cuales quedarán incorporados en la base de datos de Roche. El responsable de la Base de Datos será Laboratorio Roche y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión, es en Luis Bonavita 1266 (World Trade Center), Montevideo. Asimismo, consiento a que se envíe el resultado de los Estudios a mi médico tratante y a la institución de salud a la cual pertenezco.

Finalmente, declaro conocer y aceptar que durante la realización por parte de un tercero de los Estudios o de los traslados asociados (la muestra(s) y/o de documentación asociada a los Estudios – por ejemplo, este consentimiento, o el informe de anatomía patológica), dichos terceros podrán acceder a mis datos personales, lo cual en este acto consiento expresamente. El listado de dichos terceros se encuentra a disposición y actualizado en el siguiente link: www.dialogoroche.com.uy

Comprendo que la información proporcionada recubre el carácter de información confidencial y sensible y que no será utilizada más que para realizar los Estudios correspondientes.

Firma de Paciente (obligatorio):

Aclaración de firma (obligatorio):

Fecha: