

TERMO DE CONSENTIMENTO

MÉDICO

Paciente com diagnóstico de Polineuropatia Amiloidótica Familiar - PAF

Para preenchimento do médico nos casos em que o teste genético já foi realizado e é positivo:

Declaro que o(a) paciente abaixo foi avaliado(a) através do sequenciamento genético para transtirretina (TTR), com o resultado para a mutação hereditária positivo e que ele(a) pode seguir com os demais exames necessários conforme prescrição.

- Eletroencefalografia de membros superiores e inferiores com "teste/estudo de fibras autonômicas" (reflexo cutâneo-simpático)
- Sudoscan**
- QSART**

** Esses exames não são realizados em todas as localidades. Confira a disponibilidade em sua região.

Pacientes com suspeita diagnóstica de Amiloidose Cardíaca

Declaro que o(a) paciente abaixo foi avaliado(a) e apresenta suspeita de Amiloidose Cardíaca e pode seguir com os exames necessários conforme prescrição.

A suspeita diagnóstica de Amiloidose por cadeias leves (AL) já foi descartada?

NÃO

Se resposta NÃO, quais exames gostaria de solicitar para o paciente:

- Eletroforese com imunofixação sérica
- Eletroforese com imunofixação urinária
- Dosagem da relação kappa/lambda sérica (Freelite®)

SIM

Se resposta SIM, com qual opção gostaria de seguir, lembrando que você poderá escolher somente **UM** dos exames abaixo: Cintilografia com marcador ósseo (pirofosfato), ou Ressonância Magnética Cardíaca.

Para realizar **Cintilografia com marcador ósseo (pirofosfato)**, declaro que o(a) paciente abaixo foi avaliado através da realização dos seguintes exames para investigação de cadeias leves monoclonais:

- Eletroforese com imunofixação sérica
- Eletroforese com imunofixação urinária
- Dosagem da relação kappa/lambda sérica (Freelite®)

Dessa maneira, declaro que a hipótese diagnóstica de Amiloidose AL foi afastada.

Para realizar **Ressonância Magnética Cardíaca**, declaro que o(a) paciente abaixo foi avaliado através da realização dos seguintes exames para investigação de Amiloidose Cardíaca:

- Eletroforese com imunofixação sérica
- Eletroforese com imunofixação urinária
- Dosagem da relação kappa/lambda sérica (Freelite®)

Dessa maneira, declaro que a hipótese diagnóstica de Amiloidose AL foi afastada.

NOME DO MÉDICO

CRM (UF)

ASSINATURA

PACIENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO ELETROFORESE COM IMUNOFIXAÇÃO SÉRICA / ELETROFORESE COM IMUNOFIXAÇÃO URINÁRIA / DOSAGEM DA RELAÇÃO KAPPA / LAMBDA URINÁRIA (FREELITE®)

Por meio do presente Termo de Consentimento eu DECLARO que, nesta data, recebi as orientações do meu médico, acima indicado, onde fui informado sobre questões associadas à ocorrência ou risco de ocorrência de Amiloidose Cardíaca, uma doença hereditária ou adquirida, bem como sobre as características da doença, probabilidades ou risco de desenvolvê-la ou transmiti-la, opções para prevenção ou tratamento. Fui informado pelo meu médico sobre a indicação para a realização de exames de diagnóstico que podem auxiliar num possível diagnóstico de Amiloidose Cardíaca.

DECLARO que fui informado(a) pelo meu médico que existem diferentes laboratórios de análises clínicas com tecnologia necessária à realização destes exames e que, caso eu opte por realizá-los, estou totalmente livre para decidir em qual laboratório irei realizar. Fui informado também sobre a possibilidade de optar por realizar exames de diagnóstico através do Programa Cuidar Mais da Pfizer Brasil Ltda, inscrita no CNPJ/ME sob o nº. 46.070.868/0019-98, com sede na Rua Alexandre Dumas, 1860, CEP 04717-904, São Paulo – SP, Brasil.

No caso do Programa Cuidar Mais, fui informado que:

- Após a realização dos exames solicitados pelo médico ou profissional de sua equipe um dos laboratórios de análises clínicas que integram o Programa Cuidar Mais ("Laboratório Parceiro"), este acessará, analisará as amostras e elaborará o respectivo laudo conclusivo.
- Para a realização dos exames indicados pelo médico e que fazem parte do Programa Cuidar Mais, meu cadastro deverá ser realizado, por meio da assinatura deste Termo de Consentimento e posteriormente finalizado junto à operadora do Programa Cuidar Mais, diretamente por mim através do 0800 942 3120 ou pelo meu médico.
- O laudo conclusivo do meu exame ficará disponível para ser acessado pelo médico, no portal do Laboratório Parceiro, que será responsável por me fornecer o resultado, bem como pela operadora do Programa Cuidar Mais. Se o meu cadastro no Programa Cuidar Mais não for finalizado junto à operadora do Programa, o médico não poderá acessar o laudo do meu exame.
- Havendo variação nos exames realizados no âmbito do Programa, meu médico poderá ainda solicitar exames complementares ao diagnóstico, podendo, dependendo do exame, ser arcado pelo Programa (Consulte os exames incluídos).

Com base nas informações que me foram prestadas, eu decidi, por minha livre e espontânea vontade e CONCORDO em me cadastrar no Programa Cuidar Mais e em me submeter aos exames prescritos pelo meu médico, através do Programa Cuidar Mais, nas condições descritas neste Termo de Consentimento.

Em razão da acima, eu concordo em realizar os exames prescritos pelo meu médico, disponibilizados pelo Programa Cuidar Mais e AUTORIZO expressamente que o meu médico ou um profissional de sua equipe finalize o meu cadastro no Programa Cuidar Mais e, para tanto, forneça os meus dados pessoais à operadora do Programa Cuidar Mais: nome completo, data de nascimento, CPF, plano de saúde, e-mail, telefone, endereço e sexo biológico, com o único propósito de viabilizar meu cadastro e receber orientação dos laboratórios parceiros para realização dos exames.

ELETROFORESE COM IMUNOFIXAÇÃO SÉRICA / ELETROFORESE COM IMUNOFIXAÇÃO URINÁRIA/ DOSAGEM DA RELAÇÃO KAPPA / LAMBDA URINÁRIA (FREELITE®)

Após a realização do exame, AUTORIZO que o Laboratório Parceiro (i) acesse a análise e utilize os dados e as informações extraídas desse procedimento com a única e exclusiva finalidade de elaborar e emitir laudo conclusivo, (ii) conceda acesso ao laudo conclusivo do meu exame exclusivamente ao meu médico ou a terceiros eventualmente indicados por mim por escrito, e (iii) autorize a operadora do Programa Cuidar Mais a acessar meus dados, inclusive dados constantes do laudo conclusivo do meu exame, para viabilizar a minha participação no Programa Cuidar Mais, inclusive para controle de pagamento dos serviços prestados pelo fornecedor, elaboração de relatórios estatísticos e pesquisa de satisfação do atendimento e do serviço prestado, para entrar em contato comigo, caso seja necessário, e para aperfeiçoar e desenvolver uma melhor experiência no Programa Cuidar Mais.

DECLARO e reconhecendo expressamente que a realização do procedimento, análise e realização do laudo não constitui pesquisa clínica ou para qualquer outra finalidade que não seja com o fim específico de auxiliar o diagnóstico de Amiloidose Cardíaca. Eu também DECLARO e reconhecendo que caso o meu cadastro no Programa não seja finalizado no prazo de até 90 dias contados da data de realização do exame, o respectivo laudo será descartado pelo Laboratório Parceiro.

ESTOU CIENTE E CONCORDO que todo o tratamento dos meus dados pessoais será realizado pela operadora do Programa Cuidar Mais em nome da Pfizer e de acordo com as instruções da Pfizer. Eu também reconheço que a Pfizer não tem acesso aos meus dados pessoais, não mantém registro desses dados e não realiza qualquer forma de tratamento desses dados, exceto para cumprir obrigações legais relacionadas a relatos de eventos adversos, no caso de processos de auditorias internas ou para exercer seus direitos em processos judiciais, administrativos ou arbitrais. Para fins de controle de qualidade dos serviços prestados, o Programa Cuidar Mais pode entrar em contato com o paciente e médico solicitante para aplicação de pesquisas de satisfação. Para fins do Programa Cuidar Mais, a Pfizer atua como controladora dos dados pessoais e a operadora do Programa Cuidar Mais atua como operadora dos dados pessoais, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018).

RECONHEÇO e CONCORDO que a Pfizer e as empresas participantes do Programa Cuidar Mais, inclusive a operadora, darão aos meus dados pessoais tratamento confidencial e não divulgarão meus dados a terceiros não parceiros da Pfizer exceto para outras empresas do Grupo Pfizer, no Brasil ou no exterior, para agentes, contratados e prestadores de serviço, que tratam os dados em nome da Pfizer e de acordo com suas instruções, para autoridades judiciais, policiais ou administrativas, no Brasil ou no exterior, em cumprimento de ordem judicial ou de qualquer outra determinação legal, judicial ou administrativa, e para terceiros em conexão com qualquer reorganização, fusão, venda, joint venture, cessão, transferência dos negócios da Pfizer, ativos ou ações. Reconheço também que meus dados pessoais não serão objeto de pesquisa clínica, nem pesquisa de mercado ou com qualquer fim comercial. Estou ciente que meus dados pessoais serão armazenados de forma segura em data centers localizados no Brasil e no exterior, pelo período necessário ou permitido em vista das finalidades para as quais foram coletados. Em caso de necessidade, estou ciente e eu poderei solicitar, por meio dos canais de atendimento do Programa Cuidar Mais, a qualquer momento e nos limites previstos na legislação aplicável, o exercício dos direitos previstos na LGPD: confirmação de que os dados pessoais estão sendo tratados; acesso aos dados pessoais; correções de dados pessoais incompletos, inexatos ou desatualizados; anonimização, bloqueio ou eliminação de dados pessoais considerados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto em lei; portabilidade de dados pessoais a um terceiro, contanto que isso não afete segredos industriais e comerciais; eliminados dados pessoais tratados com base no consentimento, na medida do permitido em lei; informações sobre as entidades com as quais os dados pessoais tenham sido compartilhados; informações sobre a possibilidade de não fornecer o consentimento e consequências da negativa; e revogação do consentimento.

DECLARO, para todos os efeitos, que estou ciente da obrigação de agir de acordo com as orientações e prescrição do meu médico sob qualquer circunstância, não sendo de responsabilidade da Pfizer, ou qualquer empresa vinculada ao atendimento do Programa Cuidar Mais, danos e/ou prejuízos decorrentes do não cumprimento por mim, das orientações de meu médico.

ESTOU CIENTE que a Pfizer poderá alterar ou interromper o Programa Cuidar Mais a qualquer momento, sem aviso prévio, bem como que a minha participação no Programa Cuidar Mais se limita à realização dos exames incluídos no Programa mencionado neste termo, e que essa participação não abrangerá outros serviços ou produtos, nenhum outro exame ou medicamento.

Eventuais dúvidas com relação a este Termo de Consentimento ou ao Programa Cuidar Mais serão sanadas pelo telefone 0800 942 3120. Se, por qualquer razão, a Pfizer, a seu único e exclusivo critério, for sucedida por outra empresa, dando continuidade ao Programa Cuidar Mais, eu declaro CONCORDAR que os meus dados coletados em virtude da minha participação no Programa Cuidar Mais sejam transferidos para a nova titular do Programa.

CONFIRMO que li e estou de acordo com o presente Termo de Consentimento, de forma que assino o presente em três vias de igual teor, e no caso do suporte da Coleta Domiciliar serão duas, declarando neste ato que recebi uma própria via.

Por fim, DECLARO ter ciência de que este Termo de Consentimento será arquivado pela Pfizer e pelo Laboratório Parceiro pelo prazo prescricional aplicável, para o caso de eventual necessidade do documento.

NOME COMPLETO DO PACIENTE

SEXO BIOLÓGICO

DATA DE NASCIMENTO

RG

CPF

ASSINATURA

NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL

RG

CPF

ASSINATURA

TERMO DE CONSENTIMENTO

MÉDICO

Paciente com diagnóstico de Polineuropatia Amiloidótica Familiar - PAF

Para preenchimento do médico nos casos em que o teste genético já foi realizado e é positivo:

Declaro que o(a) paciente abaixo foi avaliado(a) através do sequenciamento genético para transtirretina (TTR), com o resultado para a mutação hereditária positivo e que ele(a) pode seguir com os demais exames necessários conforme prescrição.

- Eletro-neuromiografia de membros superiores e inferiores com "teste/estudo de fibras autonômicas" (reflexo cutâneo-simpático)
- Sudoscan**
- QSART**

** Esses exames não são realizados em todas as localidades. Confira a disponibilidade em sua região.

Pacientes com suspeita diagnóstica de Amiloidose Cardíaca

Declaro que o(a) paciente abaixo foi avaliado(a) e apresenta suspeita de Amiloidose Cardíaca e pode seguir com os exames necessários conforme prescrição.

A suspeita diagnóstica de Amiloidose por cadeias leves (AL) já foi descartada?

NÃO

Se resposta NÃO, quais exames gostaria de solicitar para o paciente:

- Eletroforese com imunofixação sérica
- Eletroforese com imunofixação urinária
- Dosagem da relação kappa/lambda sérica (Freelite®)

SIM

Se resposta SIM, com qual opção gostaria de seguir, lembrando que você poderá escolher somente **UM** dos exames abaixo: Cintilografia com marcador ósseo (pirofosfato), ou Ressonância Magnética Cardíaca.

Para realizar **Cintilografia com marcador ósseo (pirofosfato)**, declaro que o(a) paciente abaixo foi avaliado através da realização dos seguintes exames para investigação de cadeias leves monoclonais:

- Eletroforese com imunofixação sérica
- Eletroforese com imunofixação urinária
- Dosagem da relação kappa/lambda sérica (Freelite®)

Dessa maneira, declaro que a hipótese diagnóstica de Amiloidose AL foi afastada.

Para realizar **Ressonância Magnética Cardíaca**, declaro que o(a) paciente abaixo foi avaliado através da realização dos seguintes exames para investigação de Amiloidose Cardíaca:

- Eletroforese com imunofixação sérica
- Eletroforese com imunofixação urinária
- Dosagem da relação kappa/lambda sérica (Freelite®)

Dessa maneira, declaro que a hipótese diagnóstica de Amiloidose AL foi afastada.

NOME DO MÉDICO

CRM (UF)

ASSINATURA

PACIENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO ELETROFORESE COM IMUNOFIXAÇÃO SÉRICA / ELETROFORESE COM IMUNOFIXAÇÃO URINÁRIA / DOSAGEM DA RELAÇÃO KAPPA / LAMBDA URINÁRIA (FREELITE®)

Por meio do presente Termo de Consentimento eu DECLARO que, nesta data, recebi as orientações do meu médico, acima indicado, onde fui informado sobre questões associadas à ocorrência ou risco de ocorrência de Amiloidose Cardíaca, uma doença hereditária ou adquirida, bem como sobre as características da doença, probabilidades ou risco de desenvolvê-la ou transmiti-la, opções para prevenção ou tratamento. Fui informado pelo meu médico sobre a indicação para a realização de exames de diagnóstico que podem auxiliar num possível diagnóstico de Amiloidose Cardíaca.

DECLARO que fui informado(a) pelo meu médico que existem diferentes laboratórios de análises clínicas com tecnologia necessária à realização destes exames e que, caso eu opte por realizá-los, estou totalmente livre para decidir em qual laboratório irei realizar. Fui informado também sobre a possibilidade de optar por realizar exames de diagnóstico através do Programa Cuidar Mais da Pfizer Brasil Ltda, inscrita no CNPJ/ME sob o nº. 46.070.868/0019-98, com sede na Rua Alexandre Dumas, 1860, CEP 04717-904, São Paulo – SP, Brasil.

No caso do Programa Cuidar Mais, fui informado que:

- Após a realização dos exames solicitados pelo médico ou profissional de sua equipe um dos laboratórios de análises clínicas que integram o Programa Cuidar Mais ("Laboratório Parceiro"), este acessará, analisará as amostras e elaborará o respectivo laudo conclusivo.
- Para a realização dos exames indicados pelo médico e que fazem parte do Programa Cuidar Mais, meu cadastro deverá ser realizado, por meio da assinatura deste Termo de Consentimento e posteriormente finalizado junto à operadora do Programa Cuidar Mais, diretamente por mim através do 0800 942 3120 ou pelo meu médico.
- O laudo conclusivo do meu exame ficará disponível para ser acessado pelo médico, no portal do Laboratório Parceiro, que será responsável por me fornecer o resultado, bem como pela operadora do Programa Cuidar Mais. Se o meu cadastro no Programa Cuidar Mais não for finalizado junto à operadora do Programa, o médico não poderá acessar o laudo do meu exame.
- Havendo variação nos exames realizados no âmbito do Programa, meu médico poderá ainda solicitar exames complementares ao diagnóstico, podendo, dependendo do exame, ser arcado pelo Programa (Consulte os exames incluídos).

Com base nas informações que me foram prestadas, eu decidi, por minha livre e espontânea vontade e CONCORDO em me cadastrar no Programa Cuidar Mais e em me submeter aos exames prescritos pelo meu médico, através do Programa Cuidar Mais, nas condições descritas neste Termo de Consentimento.

Em razão da acima, eu concordo em realizar os exames prescritos pelo meu médico, disponibilizados pelo Programa Cuidar Mais e AUTORIZO expressamente que o meu médico ou um profissional de sua equipe finalize o meu cadastro no Programa Cuidar Mais e, para tanto, forneça os meus dados pessoais à operadora do Programa Cuidar Mais: nome completo, data de nascimento, CPF, plano de saúde, e-mail, telefone, endereço e sexo biológico, com o único propósito de viabilizar meu cadastro e receber orientação dos laboratórios parceiros para realização dos exames.

ELETROFORESE COM IMUNOFIXAÇÃO SÉRICA / ELETROFORESE COM IMUNOFIXAÇÃO URINÁRIA/ DOSAGEM DA RELAÇÃO KAPPA / LAMBDA URINÁRIA (FREELITE®)

Após a realização do exame, AUTORIZO que o Laboratório Parceiro (i) acesse a análise e utilize os dados e as informações extraídas desse procedimento com a única e exclusiva finalidade de elaborar e emitir laudo conclusivo, (ii) conceda acesso ao laudo conclusivo do meu exame exclusivamente ao meu médico ou a terceiros eventualmente indicados por mim por escrito, e (iii) autorize a operadora do Programa Cuidar Mais a acessar meus dados, inclusive dados constantes do laudo conclusivo do meu exame, para viabilizar a minha participação no Programa Cuidar Mais, inclusive para controle de pagamento dos serviços prestados pelo fornecedor, elaboração de relatórios estatísticos e pesquisa de satisfação do atendimento e do serviço prestado, para entrar em contato comigo, caso seja necessário, e para aperfeiçoar e desenvolver uma melhor experiência no Programa Cuidar Mais.

DECLARO e reconheço expressamente que a realização do procedimento, análise e realização do laudo não constitui pesquisa clínica ou para qualquer outra finalidade que não seja com o fim específico de auxiliar o diagnóstico de Amiloidose Cardíaca. Eu também DECLARO e reconheço que caso o meu cadastro no Programa não seja finalizado no prazo de até 90 dias contados da data de realização do exame, o respectivo laudo será descartado pelo Laboratório Parceiro.

ESTOU CIENTE E CONCORDO que todo o tratamento dos meus dados pessoais será realizado pela operadora do Programa Cuidar Mais em nome da Pfizer e de acordo com as instruções da Pfizer. Eu também reconheço que a Pfizer não tem acesso aos meus dados pessoais, não mantém registro desses dados e não realiza qualquer forma de tratamento desses dados, exceto para cumprir obrigações legais relacionadas a relatos de eventos adversos, no caso de processos de auditorias internas ou para exercer seus direitos em processos judiciais, administrativos ou arbitrais. Para fins de controle de qualidade dos serviços prestados, o Programa Cuidar Mais pode entrar em contato com o paciente e médico solicitante para aplicação de pesquisas de satisfação. Para fins do Programa Cuidar Mais, a Pfizer atua como controladora dos dados pessoais e a operadora do Programa Cuidar Mais atua como operadora dos dados pessoais, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018).

RECONHEÇO e CONCORDO que a Pfizer e as empresas participantes do Programa Cuidar Mais, inclusive a operadora, darão aos meus dados pessoais tratamento confidencial e não divulgarão meus dados a terceiros não parceiros da Pfizer exceto para outras empresas do Grupo Pfizer, no Brasil ou no exterior, para agentes, contratados e prestadores de serviço, que tratam os dados em nome da Pfizer e de acordo com suas instruções, para autoridades judiciais, policiais ou administrativas, no Brasil ou no exterior, em cumprimento de ordem judicial ou de qualquer outra determinação legal, judicial ou administrativa, e para terceiros em conexão com qualquer reorganização, fusão, venda, joint venture, cessão, transferência dos negócios da Pfizer, ativos ou ações. Reconheço também que meus dados pessoais não serão objeto de pesquisa clínica, nem pesquisa de mercado ou com qualquer fim comercial. Estou ciente que meus dados pessoais serão armazenados de forma segura em data centers localizados no Brasil e no exterior, pelo período necessário ou permitido em vista das finalidades para as quais foram coletados. Em caso de necessidade, estou ciente e eu poderei solicitar, por meio dos canais de atendimento do Programa Cuidar Mais, a qualquer momento e nos limites previstos na legislação aplicável, o exercício dos direitos previstos na LGPD: confirmação de que os dados pessoais estão sendo tratados; acesso aos dados pessoais; correções de dados pessoais incompletos, inexatos ou desatualizados; anonimização, bloqueio ou eliminação de dados pessoais considerados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto em lei; portabilidade de dados pessoais a um terceiro, contanto que isso não afete segredos industriais e comerciais; eliminados dados pessoais tratados com base no consentimento, na medida do permitido em lei; informações sobre as entidades com as quais os dados pessoais tenham sido compartilhados; informações sobre a possibilidade de não fornecer o consentimento e consequências da negativa; e revogação do consentimento.

DECLARO, para todos os efeitos, que estou ciente da obrigação de agir de acordo com as orientações e prescrição do meu médico sob qualquer circunstância, não sendo de responsabilidade da Pfizer, ou qualquer empresa vinculada ao atendimento do Programa Cuidar Mais, danos e/ou prejuízos decorrentes do não cumprimento por mim, das orientações de meu médico.

ESTOU CIENTE que a Pfizer poderá alterar ou interromper o Programa Cuidar Mais a qualquer momento, sem aviso prévio, bem como que a minha participação no Programa Cuidar Mais se limita à realização dos exames incluídos no Programa mencionado neste termo, e que essa participação não abrangerá outros serviços ou produtos, nenhum outro exame ou medicamento.

Eventuais dúvidas com relação a este Termo de Consentimento ou ao Programa Cuidar Mais serão sanadas pelo telefone 0800 942 3120. Se, por qualquer razão, a Pfizer, a seu único e exclusivo critério, for sucedida por outra empresa, dando continuidade ao Programa Cuidar Mais, eu declaro CONCORDAR que os meus dados coletados em virtude da minha participação no Programa Cuidar Mais sejam transferidos para a nova titular do Programa.

CONFIRMO que li e estou de acordo com o presente Termo de Consentimento, de forma que assino o presente em três vias de igual teor, e no caso do suporte da Coleta Domiciliar serão duas, declarando neste ato que recebi uma própria via.

Por fim, DECLARO ter ciência de que este Termo de Consentimento será arquivado pela Pfizer e pelo Laboratório Parceiro pelo prazo prescricional aplicável, para o caso de eventual necessidade do documento.

NOME COMPLETO DO PACIENTE

SEXO BIOLÓGICO

DATA DE NASCIMENTO

RG

CPF

ASSINATURA

NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL

RG

CPF

ASSINATURA

TERMO DE CONSENTIMENTO

MÉDICO

Paciente com diagnóstico de Polineuropatia Amiloidótica Familiar - PAF

Para preenchimento do médico nos casos em que o teste genético já foi realizado e é positivo:

Declaro que o(a) paciente abaixo foi avaliado(a) através do sequenciamento genético para transtirretina (TTR), com o resultado para a mutação hereditária positivo e que ele(a) pode seguir com os demais exames necessários conforme prescrição.

- Eletro-neuromiografia de membros superiores e inferiores com "teste/estudo de fibras autonômicas" (reflexo cutâneo-simpático)
- Sudoscan**
- QSART**

** Esses exames não são realizados em todas as localidades. Confira a disponibilidade em sua região.

Pacientes com suspeita diagnóstica de Amiloidose Cardíaca

Declaro que o(a) paciente abaixo foi avaliado(a) e apresenta suspeita de Amiloidose Cardíaca e pode seguir com os exames necessários conforme prescrição.

A suspeita diagnóstica de Amiloidose por cadeias leves (AL) já foi descartada?

NÃO

Se resposta NÃO, quais exames gostaria de solicitar para o paciente:

- Eletroforese com imunofixação sérica
- Eletroforese com imunofixação urinária
- Dosagem da relação kappa/lambda sérica (Freelite®)

SIM

Se resposta SIM, com qual opção gostaria de seguir, lembrando que você poderá escolher somente **UM** dos exames abaixo: Cintilografia com marcador ósseo (pirofosfato), ou Ressonância Magnética Cardíaca.

Para realizar **Cintilografia com marcador ósseo (pirofosfato)**, declaro que o(a) paciente abaixo foi avaliado através da realização dos seguintes exames para investigação de cadeias leves monoclonais:

- Eletroforese com imunofixação sérica
- Eletroforese com imunofixação urinária
- Dosagem da relação kappa/lambda sérica (Freelite®)

Dessa maneira, declaro que a hipótese diagnóstica de Amiloidose AL foi afastada.

Para realizar **Ressonância Magnética Cardíaca**, declaro que o(a) paciente abaixo foi avaliado através da realização dos seguintes exames para investigação de Amiloidose Cardíaca:

- Eletroforese com imunofixação sérica
- Eletroforese com imunofixação urinária
- Dosagem da relação kappa/lambda sérica (Freelite®)

Dessa maneira, declaro que a hipótese diagnóstica de Amiloidose AL foi afastada.

NOME DO MÉDICO

CRM (UF)

ASSINATURA

PACIENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO ELETROFORESE COM IMUNOFIXAÇÃO SÉRICA / ELETROFORESE COM IMUNOFIXAÇÃO URINÁRIA / DOSAGEM DA RELAÇÃO KAPPA / LAMBDA URINÁRIA (FREELITE®)

Por meio do presente Termo de Consentimento eu DECLARO que, nesta data, recebi as orientações do meu médico, acima indicado, onde fui informado sobre questões associadas à ocorrência ou risco de ocorrência de Amiloidose Cardíaca, uma doença hereditária ou adquirida, bem como sobre as características da doença, probabilidades ou risco de desenvolvê-la ou transmiti-la, opções para prevenção ou tratamento. Fui informado pelo meu médico sobre a indicação para a realização de exames de diagnóstico que podem auxiliar num possível diagnóstico de Amiloidose Cardíaca.

DECLARO que fui informado(a) pelo meu médico que existem diferentes laboratórios de análises clínicas com tecnologia necessária à realização destes exames e que, caso eu opte por realizá-los, estou totalmente livre para decidir em qual laboratório irei realizar. Fui informado também sobre a possibilidade de optar por realizar exames de diagnóstico através do Programa Cuidar Mais da Pfizer Brasil Ltda, inscrita no CNPJ/ME sob o nº. 46.070.868/0019-98, com sede na Rua Alexandre Dumas, 1860, CEP 04717-904, São Paulo – SP, Brasil.

No caso do Programa Cuidar Mais, fui informado que:

- Após a realização dos exames solicitados pelo médico ou profissional de sua equipe um dos laboratórios de análises clínicas que integram o Programa Cuidar Mais ("Laboratório Parceiro"), este acessará, analisará as amostras e elaborará o respectivo laudo conclusivo.
- Para a realização dos exames indicados pelo médico e que fazem parte do Programa Cuidar Mais, meu cadastro deverá ser realizado, por meio da assinatura deste Termo de Consentimento e posteriormente finalizado junto à operadora do Programa Cuidar Mais, diretamente por mim através do 0800 942 3120 ou pelo meu médico.
- O laudo conclusivo do meu exame ficará disponível para ser acessado pelo médico, no portal do Laboratório Parceiro, que será responsável por me fornecer o resultado, bem como pela operadora do Programa Cuidar Mais. Se o meu cadastro no Programa Cuidar Mais não for finalizado junto à operadora do Programa, o médico não poderá acessar o laudo do meu exame.
- Havendo variação nos exames realizados no âmbito do Programa, meu médico poderá ainda solicitar exames complementares ao diagnóstico, podendo, dependendo do exame, ser arcado pelo Programa (Consulte os exames incluídos).

Com base nas informações que me foram prestadas, eu decidi, por minha livre e espontânea vontade e CONCORDO em me cadastrar no Programa Cuidar Mais e em me submeter aos exames prescritos pelo meu médico, através do Programa Cuidar Mais, nas condições descritas neste Termo de Consentimento.

Em razão da acima, eu concordo em realizar os exames prescritos pelo meu médico, disponibilizados pelo Programa Cuidar Mais e AUTORIZO expressamente que o meu médico ou um profissional de sua equipe finalize o meu cadastro no Programa Cuidar Mais e, para tanto, forneça os meus dados pessoais à operadora do Programa Cuidar Mais: nome completo, data de nascimento, CPF, plano de saúde, e-mail, telefone, endereço e sexo biológico, com o único propósito de viabilizar meu cadastro e receber orientação dos laboratórios parceiros para realização dos exames.

ELETROFORESE COM IMUNOFIXAÇÃO SÉRICA / ELETROFORESE COM IMUNOFIXAÇÃO URINÁRIA / DOSAGEM DA RELAÇÃO KAPPA / LAMBDA URINÁRIA (FREELITE®)

Após a realização do exame, AUTORIZO que o Laboratório Parceiro (i) acesse a análise e utilize os dados e as informações extraídas desse procedimento com a única e exclusiva finalidade de elaborar e emitir laudo conclusivo, (ii) conceda acesso ao laudo conclusivo do meu exame exclusivamente ao meu médico ou a terceiros eventualmente indicados por mim por escrito, e (iii) autorize a operadora do Programa Cuidar Mais a acessar meus dados, inclusive dados constantes do laudo conclusivo do meu exame, para viabilizar a minha participação no Programa Cuidar Mais, inclusive para controle de pagamento dos serviços prestados pelo fornecedor, elaboração de relatórios estatísticos e pesquisa de satisfação do atendimento e do serviço prestado, para entrar em contato comigo, caso seja necessário, e para aperfeiçoar e desenvolver uma melhor experiência no Programa Cuidar Mais.

DECLARO e reconhecendo expressamente que a realização do procedimento, análise e realização do laudo não constitui pesquisa clínica ou para qualquer outra finalidade que não seja com o fim específico de auxiliar o diagnóstico de Amiloidose Cardíaca. Eu também DECLARO e reconhecendo que caso o meu cadastro no Programa não seja finalizado no prazo de até 90 dias contados da data de realização do exame, o respectivo laudo será descartado pelo Laboratório Parceiro.

ESTOU CIENTE E CONCORDO que todo o tratamento dos meus dados pessoais será realizado pela operadora do Programa Cuidar Mais em nome da Pfizer e de acordo com as instruções da Pfizer. Eu também reconhecendo que a Pfizer não tem acesso aos meus dados pessoais, não mantém registro desses dados e não realiza qualquer forma de tratamento desses dados, exceto para cumprir obrigações legais relacionadas a relatos de eventos adversos, no caso de processos de auditorias internas ou para exercer seus direitos em processos judiciais, administrativos ou arbitrais. Para fins de controle de qualidade dos serviços prestados, o Programa Cuidar Mais pode entrar em contato com o paciente e médico solicitante para aplicação de pesquisas de satisfação. Para fins do Programa Cuidar Mais, a Pfizer atua como controladora dos dados pessoais e a operadora do Programa Cuidar Mais atua como operadora dos dados pessoais, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018).

RECONHEÇO e CONCORDO que a Pfizer e as empresas participantes do Programa Cuidar Mais, inclusive a operadora, darão aos meus dados pessoais tratamento confidencial e não divulgarão meus dados a terceiros não parceiros da Pfizer exceto para outras empresas do Grupo Pfizer, no Brasil ou no exterior, para agentes, contratados e prestadores de serviço, que tratam os dados em nome da Pfizer e de acordo com suas instruções, para autoridades judiciais, policiais ou administrativas, no Brasil ou no exterior, em cumprimento de ordem judicial ou de qualquer outra determinação legal, judicial ou administrativa, e para terceiros em conexão com qualquer reorganização, fusão, venda, joint venture, cessão, transferência dos negócios da Pfizer, ativos ou ações. Reconhecendo também que meus dados pessoais não serão objeto de pesquisa clínica, nem pesquisa de mercado ou com qualquer fim comercial. Estou ciente que meus dados pessoais serão armazenados de forma segura em data centers localizados no Brasil e no exterior, pelo período necessário ou permitido em vista das finalidades para as quais foram coletados. Em caso de necessidade, estou ciente e eu poderei solicitar, por meio dos canais de atendimento do Programa Cuidar Mais, a qualquer momento e nos limites previstos na legislação aplicável, o exercício dos direitos previstos na LGPD: confirmação de que os dados pessoais estão sendo tratados; acesso aos dados pessoais; correções de dados pessoais incompletos, inexatos ou desatualizados; anonimização, bloqueio ou eliminação de dados pessoais considerados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto em lei; portabilidade de dados pessoais a um terceiro, contanto que isso não afete segredos industriais e comerciais; eliminados dados pessoais tratados com base no consentimento, na medida do permitido em lei; informações sobre as entidades com as quais os dados pessoais tenham sido compartilhados; informações sobre a possibilidade de não fornecer o consentimento e consequências da negativa; e revogação do consentimento.

DECLARO, para todos os efeitos, que estou ciente da obrigação de agir de acordo com as orientações e prescrição do meu médico sob qualquer circunstância, não sendo de responsabilidade da Pfizer, ou qualquer empresa vinculada ao atendimento do Programa Cuidar Mais, danos e/ou prejuízos decorrentes do não cumprimento por mim, das orientações de meu médico.

ESTOU CIENTE que a Pfizer poderá alterar ou interromper o Programa Cuidar Mais a qualquer momento, sem aviso prévio, bem como que a minha participação no Programa Cuidar Mais se limita à realização dos exames incluídos no Programa mencionado neste termo, e que essa participação não abrangerá outros serviços ou produtos, nenhum outro exame ou medicamento.

Eventuais dúvidas com relação a este Termo de Consentimento ou ao Programa Cuidar Mais serão sanadas pelo telefone 0800 942 3120. Se, por qualquer razão, a Pfizer, a seu único e exclusivo critério, for sucedida por outra empresa, dando continuidade ao Programa Cuidar Mais, eu declaro CONCORDAR que os meus dados coletados em virtude da minha participação no Programa Cuidar Mais sejam transferidos para a nova titular do Programa.

CONFIRMO que li e estou de acordo com o presente Termo de Consentimento, de forma que assino o presente em três vias de igual teor, e no caso do suporte da Coleta Domiciliar serão duas, declarando neste ato que recebi uma própria via.

Por fim, DECLARO ter ciência de que este Termo de Consentimento será arquivado pela Pfizer e pelo Laboratório Parceiro pelo prazo prescricional aplicável, para o caso de eventual necessidade do documento.

NOME COMPLETO DO PACIENTE

SEXO BIOLÓGICO

DATA DE NASCIMENTO

RG

CPF

ASSINATURA

NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL

RG

CPF

ASSINATURA



A Pfizer reserva-se o direito de alterar ou interromper o Programa Cuidar Mais a qualquer momento, sem aviso prévio.
Material de uso exclusivo de profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos para uso com o paciente, quando da prescrição de exame necessário ao diagnóstico da doença.

Cuidar+
Amiloidose (Doenças Raras)
☎ 0800 942 3120

PP-VYN-BRA-1146 - NOVEMBRO 2022

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Pfizer Brasil Ltda
Copyright 2022 Grupo Pfizer. Todos os direitos reservados.
www.pfizer.com.br

