

TERMO DE CONSENTIMENTO PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO

NOME COMPLETO DO PACIENTE	NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL	
EMAIL DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL	TELEFONE (DDD + NÚMERO) DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL	
PATOLOGIA DE BASE COM CID	MÉDICO CLÍNICO	
CRM (UF)	EMAIL DO MÉDICO	

Por meio do presente Termo de Consentimento eu DECLARO que, nesta data, recebi as orientações do meu médico, acima indicado, onde fui informado sobre a identificação das anormalidades genéticas na leucemia mieloide aguda, auxiliando no diagnóstico do perfil citogenético do paciente. A identificação de anormalidades genéticas é importante no estadiamento da leucemia mieloide aguda, o que é um fator determinante no momento do tratamento da doença. Fui informado(a) pelo meu médico sobre a indicação para a realização de exames de diagnóstico que podem auxiliar nesse estadiamento.

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(a) 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. 61.072.393/0001-33, com sede na Rua Alexandre Dumas, 1860, 3º andar, CEP 04717-904, São Paulo – SP, Brasil ("Pfizer").

No caso do Programa Cuidar Mais, fui informado(a) que:

O Programa tem como objetivo o suporte ao diagnóstico, através da disponibilização do teste de mapeamento de anormalidades genéticas.

O Programa não tem por escopo o fornecimento do tratamento em si, aconselhamento médico ou informações sobre acesso.

O Programa é totalmente gratuito sendo voltado para apoio ao diagnóstico de pacientes que estejam elegíveis conforme os critérios estabelecidos abaixo, de forma cumulativa:

- Paciente com diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda;
- Paciente com acesso ao plano de saúde;
- Paciente com solicitação médica para os exames de diagnóstico oferecidos pelo Programa;
- Paciente que não tenha participado anteriormente do Programa.

A participação no Programa depende do atendimento dos critérios de elegibilidade mencionados acima e de realização de cadastro do paciente. Para tanto, com a autorização do paciente ou de seu responsável legal, o médico ou um profissional de sua equipe (nomeado "delegate") será o responsável pelo cadastro, inserindo os dados pessoais do paciente e/ou do responsável legal (nome completo, CPF, plano de saúde, e-mail, telefone e endereço), conforme aplicável, no portal do Programa, anexando o pedido médico do exame, assim como este Termo de Consentimento assinado pelo médico, paciente e/ou responsável legal.

O médico ou profissional de sua equipe (delegate), ao cadastrar o paciente para participar do Programa, irá decidir pela forma de coleta do material biológico do paciente: hospitalar ou presencial.

No caso da coleta hospitalar, a coleta do material biológico será realizada dentro do hospital em que o paciente está sendo internado. O material será coletado pelo médico e armazenado por ele ou um profissional responsável do hospital, de acordo com as exigências do Laboratório Parceiro.

Após o procedimento de coleta, o paciente ou seu responsável legal autoriza expressamente que seu médico ou profissional responsável do hospital entregue as amostras coletadas de seu material biológico para o Laboratório Parceiro, que fará a retirada e análise da amostra.

No caso da coleta presencial, após o médico ou profissional de sua equipe (delegate) finalizar o cadastro do paciente no Programa, o paciente deverá entrar em contato com o Programa Cuidar Mais pelo telefone 0800 942 3120 para agendar a coleta de seu material biológico na rede credenciada do Laboratório Parceiro. O paciente irá se dirigir à unidade do Laboratório Parceiro e fará a coleta.

- O laudo conclusivo do exame do paciente ficará disponível para ser acessado pelo médico, no portal do Laboratório Parceiro, que será responsável por fornecer o resultado. Se o cadastro no Programa Cuidar Mais não for finalizado pelo médico ou profissional de sua equipe (delegate) junto ao sistema da operadora do Programa, o exame não será processado e o Laboratório Parceiro não fará a análise ou coleta da amostra.
- Havendo variação nos exames realizados no âmbito do Programa, o médico poderá ainda solicitar exames complementares ao diagnóstico, sendo que esses não serão disponibilizados ou arcados pelo Programa.

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 do acima, eu concordo em realizar os exames prescritos pelo meu médico, disponibilizados pelo Programa Cuidar Mais e AUTORIZO expressamente que o meu médico ou profissional de sua equipe (delegate) realize o meu cadastro no Programa Cuidar Mais e, para tanto, forneça os meus dados pessoais à operadora do Programa Cuidar Mais: nome completo, CPF, plano de saúde, e-mail, telefone e endereço, com o único propósito de viabilizar meu cadastro e receber orientação dos laboratórios parceiros para realização dos exames, no caso da coleta presencial.

Exames: Pesquisa de mutação t(8,21) e inv16 por FISH e PCR; Pesquisa de mutação no gene NPM1; Pesquisa da mutação TKD no gene FLT3; Pesquisa de mutação no gene CEBPA; Pesquisa da mutação no gene MLL; e Pesquisa de mutação tipo ITD no gene FLT3.

Após a coleta do material biológico, AUTORIZO que o Laboratório Parceiro (i) analise a amostra 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 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.

Eu 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 da leucemia mieloide aguda.

ESTOU CIENTE E CONCORDO que todo o tratamento dos meus dados pessoais, inclusive sensíveis, será realizado pela operadora do Programa Cuidar Mais em nome da Pfizer e de acordo com as instruções da Pfizer, conforme descrito na Política de Privacidade, disponível em www.cuidarmaispfizer.com.br/privacidade.

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 nas hipóteses descritas na Política de Privacidade. Reconheço também que meus dados pessoais não serão objeto de pesquisa clínica, nem pesquisa de mercado ou com qualquer fim comercial.

Eu 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.

Eu confirmo que li e estou de acordo com o presente Termo de Consentimento, de forma que assino

o presente em duas vias de igual teor, declarando neste ato que recebi uma própria via ou que, no caso de assinatura digital, será realizada a assinatura de uma única via e recebimento do documento completo em meu e-mail posteriormente à conclusão das assinaturas.

Por fim, eu 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.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PACIENTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL

CPF DO PACIENTE

ASSINATURA/CARIMBO DO MÉDICO