

Termo de esclarecimento, informação e consentimento para transporte e análise de amostra de material biológico ('Termo')

Dados Obrigatórios do Paciente (informamos que sem esses dados o exame não será realizado)

NOME DO PACIENTE		
DATA DE NASCIMENTO (PACIENTE)	TELEFONE (PACIENTE)	CPF (PACIENTE)
NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL (SE APLICÁVEL)		RG OU CPF DO RESPONSÁVEL (SE APLICÁVEL)
MÉDICO SOLICITANTE	NÚMERO DO CRM	UF DO CRM

Declaro que fui informado(a) de que o material biológico coletado para análise será encaminhado, por indicação do médico, para o laboratório credenciado a um dos Programas de Diagnóstico das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping ("Programas"), com a finalidade única e exclusiva de proporcionar maior agilidade na identificação de possíveis mutações genéticas, através do exame Oncofoco 500 + PDL-1, possibilitando mais informações para a escolha da opção de tratamento para pacientes com câncer de pulmão adenocarcinoma não pequenas células metastático ou localmente avançado.

Declaro que:

Fui informado(a) de que os **Programas são gratuitos** e possuem por objetivo apoiar o diagnóstico de determinadas patologias, aumentando o acesso de pacientes à saúde em todo Brasil;

Fui informado(a) de que meu cadastro no **Programa sinalizado abaixo**, em uma das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping, será realizado por meio da assinatura deste Termo, que será enviado à empresa responsável pelo Programa pelo meu médico ou profissional de sua equipe.

Programas de diagnósticos participantes do consórcio Lung Mapping: AstraZeneca (Programa ID) e Pfizer Brasil (Programa Cuidar Mais Diagnóstico de Precisão).

Cuidar Mais (Pfizer) Programa ID (Astrazeneca)

Fui informado(a) que apesar de serem disponibilizados por empresas distintas, os Programas acima mencionados possuem as mesmas regras de participação no âmbito do Consórcio Lung Mapping, para o auxílio ao diagnóstico de câncer de pulmão adenocarcinoma não pequenas células metastático ou localmente avançado. Os Programas são operacionalizados por empresas distintas ("Operadoras") e os testes de diagnóstico são realizados por laboratórios credenciados ao Consórcio Lung Mapping.

Fui informado(a) de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins, que estejam além do que for prescrito pelo médico e que será mantida a confidencialidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises, estando ciente ainda de que, exclusivamente as informações obtidas por meio dos exames realizados, excluindo-se meus dados pessoais de identificação, poderão ser utilizadas para avaliações científicas e estatísticas, incluindo publicações.

Fui informado(a) de todos os esclarecimentos necessários sobre os cuidados tomados pelo operador logístico para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório de Análises Clínicas, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2.169/2017.

Autorizo, desde já, que:

O transporte da amostra para a realização da análise por um laboratório credenciado aos Programas das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping no Brasil.

A retirada e transporte por portador relacionado à logística de um dos Programas das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping, caso a amostra biológica esteja em posse de outro laboratório (indicado abaixo),

NOME DO LABORATÓRIO	
LOGRADOURO (RUA; AVENIDA; PRAÇA; ETC)	
NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	
CIDADE + UF	CEP

Caso necessário, o esgotamento do material biológico (utilização da íntegra do material) na tentativa da realização do exame.

O resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.

Caso a análise tecidual tenha falha (seja por qualidade inadequada do material ou quantidade de amostra insuficiente) ou tenha seu resultado inconclusivo, autorizo a realização do exame de biópsia líquida a ser agendado pelo laboratório parceiro. Nos casos de nova coleta de material para a realização de biópsia líquida, o médico solicitante deverá estar de ciente, tanto da coleta quanto da realização do exame.

Documentação obrigatória para execução do exame:

- Este Termo, completamente preenchido, datado e assinado;
- Pedido médico assinado e carimbado, que contenha a declaração de elegibilidade do paciente;
- Laudo do exame anatomopatológico comprovando a elegibilidade do paciente;
- Caso o laudo anatomopatológico não comprove a elegibilidade do paciente, enviar laudo imunohistoquímico;
- Termo de transporte da amostra (exclusivo da parceria)

Sem a documentação completa, a realização do exame não será possível no âmbito dos Programas das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping.

Estou ciente e concordo que:

Todo o tratamento dos meus dados pessoais, inclusive dados de saúde (dados sensíveis), será realizado pela respectiva Operadora dos Programas de Diagnóstico, em nome e de acordo com as instruções das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping, conforme descrito na Política de Privacidade de cada uma das Operadoras dos Programas, disponíveis nos sites indicados abaixo:

Cuidar Mais - Pfizer: www.cuidarmaispfizer.com.br/privacidade

Programa ID - Astrazeneca: www.programaid.com.br

As empresas participantes do Consórcio Lung Mapping e de seus respectivos Programas, inclusive as Operadoras, darão aos meus dados pessoais tratamento confidencial e não divulgarão meus dados a terceiros não parceiros, exceto nas hipóteses descritas na Política de Privacidade de cada um dos Programas. Reconheço também que meus dados pessoais não serão objeto de pesquisa clínica, nem pesquisa de mercado ou com qualquer fim comercial.

As empresas participantes do Consórcio Lung Mapping poderão anonimizar meus dados pessoais e utilizar estes dados anonimizados para finalidades posteriores, como estudos e publicações científicas. Dados anonimizados não são capazes, em hipótese nenhuma, de identificá-lo direta ou indiretamente, não sendo considerados dados pessoais.

As empresas participantes do Consórcio Lung Mapping poderão alterar ou interromper os respectivos Programas de diagnóstico a qualquer momento, sem aviso prévio, bem como garantir que minha participação nos Programas 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.

Por fim, **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 das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping, ou qualquer empresa vinculada ao atendimento dos respectivos Programas, danos e/ou prejuízos decorrentes do não cumprimento por mim, das orientações de meu médico.

Eventuais dúvidas com relação a este Termo ou aos Programas das empresas participantes do consórcio Lung Mapping serão sanadas através dos seguintes contatos:

Programa Cuidar Mais Diagnóstico de Precisão - Pfizer: 0800 942 3120

Programa ID - AstraZeneca: 0800 000 5454

CONFIRMO que li e **CONSENTO** com o presente Termo e **DECLARO** ter ciência de que este Termo será arquivado pelas empresas participantes do consórcio Lung Mapping pelo Laboratório Parceiro pelo prazo prescricional aplicável, para o caso de eventual necessidade do documento.

Sem a documentação completa, a realização do exame não será possível no âmbito dos Programas das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL	DATA
ASSINATURA DO MÉDICO	DATA