



Datos del Paciente

Fecha de nacimiento

Nombre Completo

dd mm aaaa



Médico solicitante

Nombre Completo

Correo electrónico

Teléfono



Segundo destinatario (*)

Nombre Completo

Correo electrónico

Teléfono

(*) Profesional de la salud, adicionado por el medico solicitante.

Seleccionar	Indicación	Biomarcadores a Realizar
☐	Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas metastásico (CPCNP)	PD-L1; EGFR; ALK
☐	Carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello primera línea	PD-L1
☐	Carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello segunda línea	PD-L1
☐	Carcinoma Urotelial	PD-L1
☐	Carcinoma de Mama Triple Negativo	PD-L1
☐	Carcinoma de Esófago o adenocarcinoma de la unión gastroesofágica	PD-L1
☐	Carcinoma de Cuello Uterino	PD-L1

Importante las indicaciones deberán estar autorizadas en el país, si la solicitud se realiza para una indicación que no está aprobada. No está autorizada su solicitud.

Por medio del presente consentimiento informado acepto libre y voluntariamente y autorizo al/a la Dr./Dra. _____ (en adelante mi "Médico Tratante") a solicitar la realización de estudio para la determinación del biomarcador PD-L1, ("la Prueba"), y de acuerdo con los resultados de este elegir el tratamiento más adecuado y disponible a la fecha.

He sido informado por mi Médico Tratante acerca de la conveniencia de realizar la Prueba para lo que se requiere la obtención de una muestra del tejido tumoral que me ha sido previamente extraída mediante un procedimiento del cual he comprendido los riesgos y molestias que podría producirme.

Entiendo, reconozco y acepto que la muestra tumoral será recolectada, a criterio de mi Médico Tratante, por uno de los laboratorios locales de análisis clínicos que participan en la Prueba: Biomakers (en adelante los "Laboratorios"), quienes realizarán la Prueba en Buenos Aires, Argentina.

Asimismo, comprendo y acepto que, en caso de ser necesario por cuestiones operativas de los Laboratorios, mi muestra podrá ser remitida al Laboratorio de Patología Biomakers en su laboratorio ubicado en Argentina, Buenos Aires, para testeo y análisis.

Mi Médico Tratante me ha informado que esta prueba tiene el propósito de determinar el nivel de expresión de PD-L1, cuyo resultado seleccionará el mejor tratamiento y se relacionará con la evolución de la enfermedad. De la misma forma, mi Médico Tratante me ha informado que esta prueba no demandará un mayor número de visitas ni tampoco un mayor riesgo. Me ha informado que el resultado de el/las Pruebas/ será cotejado con los demás datos clínicos para obtener más detalles acerca de la eficacia del potencial tratamiento que se me indique. Mi Médico Tratante ha respondido a mis preguntas y aclarado las dudas que he planteado. Me han explicado los eventuales beneficios, inconvenientes y limitaciones de la Prueba a realizar. Estoy de acuerdo en que el test se efectúe en el laboratorio Biomakers, lo que me ha sido explicado permitiendo la obtención de mi persona de la muestra necesaria, la cual no podrá ser utilizada con otro fin.

Asimismo, declaro que no recibo, ni mis familiares reciben, ni nos han ofrecido beneficios adicionales de ningún tipo por la realización de la prueba. Tengo conocimiento y reconozco el riesgo de daño, hurto, robo y/o consumo total del/de los material/les del tumor que pudiera ocurrir en tránsito al laboratorio diagnóstico o durante el procesamiento y estudio del material, y que tales circunstancias eventuales se encuentran fuera de la órbita de control de mi Médico Tratante y del patrocinante de la prueba, MSD Central America Services, S. de R. L. ("MSD"), quién se hará cargo de los costos de la realización del presente Estudio. He sido informado y se me asegura que los resultados serán entregados a mi Médico Tratante, quien me informará personalmente acerca de los mismos. Asimismo, se me indica que estos resultados no serán comunicados a otros miembros de mi familia o a terceras partes sin mi consentimiento expreso por escrito con mi firma en señal de conformidad.

Comprendo y acepto libre, expresa y voluntariamente que en este proceso mis datos personales, los registros relacionados con la realización de la prueba y el informe de la anatomía patológica (la Información Protegida) serán proporcionados y/o emitidos con el propósito de la detección del biomarcador predictivo para el cáncer y serán mantenidos por mi Médico Tratante en absoluta confidencialidad y respetados conforme a las normas legales locales de protección de datos personales, además de mantenerse, con respecto a mi Médico Tratante, el Laboratorio seleccionado para la Prueba y para MSD el secreto profesional debido y existente en la relación médico-paciente. Acepto libre y voluntariamente participar en la Prueba, para beneficiarme de todos o de parte de los servicios que en éste se ofrecen hasta que el mismo esté concluido. Acepto proporcionar de manera libre, expresa y voluntaria, al Laboratorio seleccionado, información personal de contacto, incluida información relacionada con mi salud, mi tratamiento y características físicas. Declaro conocer que mis datos personales e información sensible que haya proporcionado estará inscrita en una base de datos del Laboratorio seleccionado para la Prueba y que el Laboratorio seleccionado será el responsable del tratamiento de datos personales pudiendo designar a un tercero encargado del tratamiento, según las finalidades aquí consentidas. Reconozco que tengo derecho a acceder, incluir, actualizar, sustituir, rectificar o excluir información que previamente he entregado al Laboratorio seleccionado para la Prueba o al encargado que haya sido designado por la compañía, enviando una comunicación al Laboratorio al siguiente contacto:

Teléfono: WA +54 91141871775

Email: logisticalatam@biomakers.net

Así mismo, reconozco y acepto que mis datos personales, incluida cualquier información relacionada con mi salud, podrá ser retenida en Argentina. En dicho caso, Biomakers mantendrá mi información como confidencial, y no revelará la misma excepto en caso que fuere necesario para el reporte de la Prueba del Laboratorio seleccionado, mi Médico Tratante, o conforme fuere necesario para el testeo o propósito de tratamiento, o conforme fuere requerido por la normativa aplicable en Argentina, lo que podrá incluir toda información que deba divulgarse conforme lo determinado por orden judicial o según lo requiera cualquier autoridad gubernamental o administrativa en Argentina. Entiendo que la información protegida no será utilizada para ningún otro propósito que los mencionados anteriormente y que tengo el derecho de solicitar la interrupción de la determinación, así como de acceder a la información protegida en cualquier momento a fin de actualizarla, rectificarla o solicitar que no sea utilizada en el futuro.

Yo, _____

Documento de Identidad: _____

Autorizo libre y voluntariamente la determinación de marcadores predictivos para el cáncer en muestra/s de mi tumor, habiendo sido informado y haber entendido el significado de estas.

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del paciente

Nombre del médico

Fecha (dd/mm/aaaa)

Fecha (dd/mm/aaaa)