



FORMULARIO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SOLICITUD DE LA DETERMINACIÓN DE MUTACIONES GENÉTICAS PREDICTIVAS EN CÁNCER DE PULMÓN

Por la presente autorizo al/la Dr./Dra..... (en adelante "Médico Tratante") a solicitar la realización de estudios sobre la biopsia de tejido tumoral que se me extrajo oportunamente, para la determinación de una o más mutaciones genéticas (en adelante "Los Estudios"). La determinación o no de esta/s alteración/es genética/s permitirá predecir si mi enfermedad puede responder o no a determinadas terapias dirigidas.

Declaro que no recibo ni mis familiares reciben, ni nos han ofrecido ningún tipo de beneficio adicional por la realización de Los Estudios.

Tengo conocimiento y reconozco el riesgo de daño, rotura, hurto, robo y/o consumo total del/de los material/les del tumor que significa su transporte al Laboratorio de Biología Molecular o durante el procesamiento y estudio del material, y que estas situaciones eventuales se encuentran fuera del control del Médico Tratante, del Laboratorio designado de Biología Molecular o de Tuteur S.A.C.I.F.I.A. También fui informado que los resultados de Los Estudios serán entregados al Médico Tratante y será él quien me informe sobre los mismos. El retiro de la muestra biológica para realizar la determinación y la devolución del material restante de la misma al Médico Tratante luego de realizado el estudio, si fuera solicitada, serán responsabilidad del Laboratorio de Biología Molecular.

Comprendo y consiento expresamente que durante este proceso mis datos personales, los registros relativos a la realización de Los Estudios y el informe final (denominada "Información Protegida") serán proporcionados y/o emitidos con el propósito de la detección de las mutaciones ya referidas y serán mantenidos por el Médico Tratante y el Laboratorio designado de Biología Molecular en absoluta confidencialidad y respetados de acuerdo a lo definido en la ley 25.326 de Protección de Datos Personales, además del secreto profesional correspondiente y existente en la relación médico-paciente. De conformidad con la disposición 10/2008 de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, fui informado que el titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. A los fines de ejercer el derecho de acceso, fui informado que podré enviar un correo postal a E. Ezcurra 365, piso 3, Ciudad Autónoma de Buenos Aires o un correo electrónico a registrodatos@tuteur.com.ar, en cuyo caso deberé acreditar mi identidad.

Ni el Médico Tratante ni el laboratorio de Biología Molecular utilizarán la Información Protegida para otro propósito que los ya mencionados y me asiste el derecho de solicitar a ambos la interrupción de la conducción de Los Estudios, la devolución del material de biopsia y la posibilidad de acceder a la Información Protegida en cualquier momento con el propósito de actualizarla, modificarla o solicitar que no sea utilizada en el futuro.

También tomo conocimiento y acepto que Tuteur S.A.C.I.F.I.A. accederá a la Información Protegida, teniendo en cuenta que mi identidad no será reconocible ni asociada a los registros relacionados con la realización de Los Estudios ni al informe patológico, y que toda mi información personal será eliminada de cualquier informe o publicación de modo tal de disociar totalmente esta Información Protegida. Tuteur S.A.C.I.F.I.A. no tiene ninguna responsabilidad sobre la cantidad de muestra extraída en caso que la misma sea insuficiente o que no sea útil para realizar Los Estudios.

Yo, _____, DNI _____

AUTORIZO, libre y voluntariamente, a que se estudie la presencia de una serie de marcadores predictivos para Cáncer de Pulmón en mis muestras de tejido tumoral, habiendo sido informado y haber entendido el significado de los mismos, aceptando los términos del presente consentimiento informado.

Solicita devolución del material de biopsia restante

SI ☐ NO ☐

Firma del Paciente/Representante legal

Firma del Médico

Nombre del Paciente/Representante legal

Nombre del Médico

Lugar y fecha

Lugar y fecha

CALIDAD E INVESTIGACIÓN AL SERVICIO DE LA SALUD

Encarnación Ezcurra 365 Piso 3, C1107CLA, Buenos Aires - Argentina - Tel./Fax: (54 11) 5787 2222

www.tuteur.com.ar

