

FORMULARIO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SOLICITUD DE 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, el Laboratorio Biomakers de Biología Molecular o 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. Luego de realizado El Estudio, el material de biopsia restante será devuelto por el Laboratorio Biomakers de Biología Molecular al Médico Tratante.

Comprendo 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 Biomakers 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.

Es claro que tanto el Médico Tratante como el laboratorio Biomakers de Biología Molecular no utilizarán la Información Protegida para otro propósito que los ya mencionados y que 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.

Firma del paciente/representante legal

Firma del Médico

Nombre del paciente/representante legal

Nombre del Médico

Lugar y fecha

Lugar y fecha