

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: ____/____/____ Telefone de contato do paciente: DDD (____) 9 _____ CPF (do paciente) _____

Nome do responsável legal (se aplicável): _____ RG ou CPF do responsável legal (se aplicável): _____

Médico solicitante: _____ Número do CRM: _____ UF 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 de Oncofoco + PDL-1 e possibilitar mais informações para escolha da opção de tratamento para pacientes com câncer de pulmão adenocarcinoma não pequenas células metastático ou localmente avançado.

▪ 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**, de 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); Pfizer Brasil (Programa Cuidar Mais Diagnóstico de Precisão), Roche (Programa Roche Testing).

Cuidar Mais – Pfizer Programa ID – Astrazeneca Roche Testing - Roche

▪ Fui informado(a) de 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 que 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 estão 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 para 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; Av.; Praça; etc.): _____

Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____

▪ Caso necessário, ocorra 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, 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 imuno histoquímico;

▪ 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

Roche Testing – Roche: www.roche.com.br/Aviso_legal

▪ 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 que a minha participação nos **Programas** se limita à realização dos exames inclusos 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

Programa Roche Testing – Roche: 0800 777 22 77

Este material destina-se a profissionais de saúde brasileiros. Este programa não tem finalidade de condicionar a prescrição, uso, promoção, venda, recomendação, indicação ou endosso de nenhum produto Roche ou qualquer concessão de benefício à Roche, bem como interferir na independência do profissional e/ou clínica. Direitos reservados – é proibida a reprodução total ou parcial sem prévia autorização de Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. M-BR-00013944 – Novembro/2023

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

REAFIRMO que tenho ciência de que 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