



Programa



Personalizado de



Testeo

Marcar el
solicitado ☐ BRAF ☐ EGFR Y ALK ☐ EGFR (bx liq)

N° Taco:.....

Fecha:...../...../.....

Nombre y apellido del paciente:.....

C. I. del paciente:.....

Edad del paciente:.....años

Fecha del nacimiento:.....

Sexo: ☐ F ☐ M

Procedencia (Institución):

Médico solicitante:.....

Teléfono de contacto del médico:.....

Email de médico (para envío de informe):.....

Adjuntar informe de anatomía patológica (Obligatorio). Adjuntar Consentimiento Informado (Obligatorio). Roche International LTD. es una empresa comprometida con los pacientes y la salud, siendo uno de los objetivos hacer una diferencia tangible en la salud, la vida de las personas y la sociedad. Es en este marco que se brinda la posibilidad de realizar el servicio de confirmación gratuita de ALK, EGFR y BRAF gratuito tanto en la Salud Pública como Privada. Dado el compromiso que Roche posee y su estricto cumplimiento con normas legales y otros lineamientos, resulta esencial la adecuación con la Ley 18.331 de Protección de datos. Es por ello que el servicio solo podrá realizarse cuando se haya entregado el consentimiento informado firmado por el paciente.

Fecha de Expiración

Por más información ingrese en: www.dialogoroche.com.bo

Roche International Ltd
Luis Bonavita 1266, Torre IV del Complejo World Trade Center, piso 35, Montevideo - Uruguay
Para obtener información científica, contáctese a: servicio.cientifico@roche.com o al tel.: 0800 8432
web: www.dialogoroche.com.uy Sin valor comercial - Impreso en Uruguay TES_01/16



Consentimiento informado

Por medio de la presente, el/la paciente, mayor de edad, con cédula de identidad N°, autorizo a mi médico tratante el Dr. ("Médico"), a extraer una muestra de Tejidos de Anatomía Patológica ("Taco") a los efectos de realizar un estudio de mutación genética ("Estudios") para determinar (favor indicar cual es la finalidad del estudio). Los Tacos serán retirados por Roche Internacional Ltda. ("Laboratorio Roche") o por quien el Laboratorio Roche designe, a efectos de que éste realice los Estudios (de forma directa o a través de un tercero).

Reconozco haber sido debidamente instruido sobre el alcance de dicha extracción y sobre la realización del Estudio por parte del Laboratorio Roche. Asimismo declaro que no he recibido ningún beneficio económico por la realización del Estudio.

Autorizo al Médico a suministrar los Tacos al Laboratorio Roche para que éste realice los Estudios correspondientes, y declaro que si por algún motivo, sucediera un hecho adverso a Laboratorio Roche que causara una lesión o extravío de los Tacos que impidiera la realización de los Estudios, Laboratorio Roche no será responsabilizado por ningún concepto. Por tal razón renuncio en forma expresa a cualquier acción que pudiera corresponder por cualquier evento adverso, contra Laboratorio Roche.

Asimismo, y de conformidad con la Ley N° 18.331, de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (LPDP), modificativas y su decreto reglamentario N° 414/009, consiento el tratamiento de mis datos personales (incluyendo información sensible) los cuales quedarán incorporados en la base de datos de Roche. El responsable de la Base de Datos será Laboratorio Roche y la dirección donde podré ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión, es en Luis Bonavita 1266 (World Trade Center), Montevideo. Asimismo, consiento a que se envíe el resultado de los Estudios a mi médico tratante.

Comprendo que la información proporcionada recubre el carácter de información confidencial y sensible y no será utilizada más que para realizar los Estudios correspondientes.

Autorizo expresamente a Roche International Ltd. a transferir mis datos a Genia S.A. a los solos fines de realizar los Estudios.

Firma de Paciente (obligatorio):

Aclaración de firma (obligatorio):

Fecha: Lugar: