

Formato de solicitud de estudios Biomarcadores en Cáncer de Pulmón de Células no Pequeñas

Folio

Datos del paciente

Nombre _____

Género

Fem. Masc.

Fecha de nacimiento

_____/_____/_____
dd mm aaaa

Médico solicitante

Nombre _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Segundo destinatario

Nombre _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Información de la muestra

Tumor primario Laminillas Adenocarcinoma

Metástasis (especificar) Bloque de parafina Escamoso / Epidermoide

Fecha de la toma

_____/_____/_____
dd mm aaaa

Identificador de la muestra _____

Observaciones _____

Firma del paciente

Firma del médico solicitante

Al firmar el presente formato de solicitud de estudios para el análisis de Biomarcadores en cáncer de Pulmón certifico que he leído y acepto los términos del Consentimiento Informado y Aviso de Privacidad contenidos al reverso de este documento.

Favor de asegurarse de completar:

- ✓ Firmas de médico y paciente
- ✓ Formato
- ✓ Muestras identificadas adecuadamente
- ✓ Anexar reporte histopatológico

Consentimiento informado

Análisis de Biomarcadores en Cáncer de Pulmón de Células no Pequeñas

1. Que mi médico tratante me ha informado sobre la existencia del Programa "Acompáñame Oncología " (de ahora en adelante el Programa) de la compañía Merck Sharp & Dohme Comercializadora S. de R.L. de C.V. (en adelante "MSD").
2. Que se me ha explicado y entiendo que el Programa tiene por finalidad brindar auspiciar la realización de una prueba de diagnóstico para la determinación de los biomarcadores PD-L1, EGFR y ALK, para lo cual se requiere la entrega de una muestra de tejido tumoral la cual será entregada a un laboratorio clínico con quien MSD tenga un convenio previo. De igual forma declaro que he sido informado(a) por mi médico tratante sobre el objetivo de esta prueba, la metodología empleada, los eventuales beneficios, los posibles riesgos e incomodidades que se pueden presentar. Asimismo, se me ha informado que el resultado de el/Los estudios/s mencionados será cotejado con los demás datos clínicos para obtener más detalles acerca de la eficacia del potencial tratamiento que se me indique, por lo cual autorizo el envío de mi material biológico al laboratorio seleccionado por mi médico tratante con el fin de realizar las pruebas pertinentes de diagnóstico. Si al finalizar el estudio existe material restante, éste quedará bajo responsabilidad temporal del laboratorio referido hasta su retorno con el médico responsable.
3. Que mi médico tratante me ha informado de los alcances y limitaciones de este estudio y de la necesidad de realizarlo en tejido previamente obtenido.
4. Que por el presente documento otorgo mi consentimiento expreso y acepto libre y voluntariamente participar en el Programa y realizarme la prueba para determinar PD-L1, EGFR y ALK.
5. Que he sido informado que MSD no tendrá acceso a ninguna información relativa a los resultados de la prueba diagnóstica. De forma que, los resultados que emitan los laboratorios le serán entregados directamente a mi médico tratante, según la información que remita en la correspondiente orden médica para la realización de la prueba.
6. Que entiendo y acepto que el Programa no es una entidad y/o institución prestadora de servicios de salud ni un centro de atención en salud. De forma que, el Programa no es responsable por mi salud, ni tiene por finalidad diagnosticar ni reemplazar las recomendaciones y/o las órdenes de mi médico tratante relacionadas con mi salud, mi tratamiento o los medicamentos que me han sido formulados.
7. Entiendo, reconozco y acepto que MSD no es responsable de los resultados del laboratorio, ya que estos son responsabilidad del laboratorio de diagnóstico. Adicionalmente, declaro que tengo conocimiento y reconozco el riesgo de daño, hurto, robo, y/o consumo total del material biológico que pudiera ocurrir en tránsito al laboratorio de 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 Programa.
8. Que entiendo que estoy en total libertad de retirarme en cualquier momento del Programa en cualquier momento
9. Declaro que el que suscribe o sus familiares no han sido ofrecidos beneficios adicionales de ningún tipo por la realización de esta prueba y no reclamaremos reembolso alguno por estos servicios.

10. Entiendo que los resultados serán entregados única y exclusivamente al médico responsable 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.
11. Que he sido informado que MSD no tendrá acceso a ninguna información relativa a los resultados de la prueba diagnóstica. De forma que, los resultados que emitan los laboratorios le serán entregados directamente a mi médico tratante, según la información que remita en la correspondiente orden médica para la realización de la prueba.

Al firmar este documento reconozco plenamente todas las condiciones aquí indicadas y que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Aviso de privacidad

Comprendo y acepto libre, expresa y voluntariamente suscribirme al programa denominado "Acompáñame Oncología" auspiciado por Merck Sharp & Dohme Comercializadora S. de R.L. de C.V. (MSD) para que me sea realizado el análisis de expresión de PD-L1 y ALK mediante inmunohistoquímica y EGFR mediante qPCR. Al aceptar ingresar al programa también consiento que mis datos personales y confidenciales sean utilizados para los fines antes descritos y la información sea registrada, conservada y protegida bajo medidas de estricta confidencialidad en cumplimiento con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, al mismo tiempo, autorizo expresamente a MSD para guardar, transferir y/o compartir mis datos personales a terceros, como son empresas que le proporcionen servicios a MSD, para que dichos terceros puedan tener accesos y hacer uso de mis datos personales, quienes, en su calidad de encargados, realizarán labores de clasificación y conservación de tales datos, únicamente para el efecto de la administración, resguardo y fines legítimos en relación con el programa "Acompáñame Oncología". Entiendo que la información protegida no será utilizada para ningún otro propósito que los mencionados anteriormente y que si deseo: (i) Tener acceso a mis datos personales; (ii) Rectificar los mismo; (iii) Cancelarlos; (iv) Oponerse a un uso distinto al autorizado y/o (v) Revocar mi consentimiento al tratamiento de mis Datos Personales, podré solicitarlo por escrito dirigido a Merck Sharp & Dohme Comercializadora S. de R.L. de C.V. y a la siguiente dirección de correo electrónico: privacidad.mexico@merck.com o a la dirección Av. San Jerónimo 369 Piso 8, Col. La Otra Banda, C.P. 01090, Del. Álvaro Obregón, Ciudad de México, México.

Formato de solicitud de estudios Biomarcadores en Cáncer de Pulmón de Células no Pequeñas

Folio

Datos del paciente

Nombre _____

Género

Fem.

Masc.

Fecha de nacimiento

dd

mm

aaaa

Médico solicitante

Nombre _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Segundo destinatario

Nombre _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Información de la muestra

Tumor primario

Laminillas

Adenocarcinoma

Metástasis (especificar)

Bloque de parafina

Escamoso /
Epidermoide

Fecha de la toma

dd

mm

aaaa

Identificador de la muestra _____

Observaciones _____

Firma del paciente

Firma del médico solicitante

Favor de asegurarse de completar:



Firmas de médico y paciente



Formato



Muestras identificadas adecuadamente



Anexar reporte histopatológico

Al firmar el presente formato de solicitud de estudios para el análisis de Biomarcadores en cáncer de Pulmón certifico que he leído y acepto los términos del Consentimiento Informado y Aviso de Privacidad contenidos al reverso de este documento.

HOJA 2- EXPEDIENTE

Consentimiento informado

Análisis de Biomarcadores en Cáncer de Pulmón de Células no Pequeñas

1. Que mi médico tratante me ha informado sobre la existencia del Programa "Acompáñame Oncología " (de ahora en adelante el Programa) de la compañía Merck Sharp & Dohme Comercializadora S. de R.L. de C.V. (en adelante "MSD").
2. Que se me ha explicado y entiendo que el Programa tiene por finalidad brindar auspiciar la realización de una prueba de diagnóstico para la determinación de los biomarcadores PD-L1, EGFR y ALK, para lo cual se requiere la entrega de una muestra de tejido tumoral la cual será entregada a un laboratorio clínico con quien MSD tenga un convenio previo. De igual forma declaro que he sido informado(a) por mi médico tratante sobre el objetivo de esta prueba, la metodología empleada, los eventuales beneficios, los posibles riesgos e incomodidades que se pueden presentar. Asimismo, se me ha informado que el resultado de el/Los estudios/s mencionados será cotejado con los demás datos clínicos para obtener más detalles acerca de la eficacia del potencial tratamiento que se me indique, por lo cual autorizo el envío de mi material biológico al laboratorio seleccionado por mi médico tratante con el fin de realizar las pruebas pertinentes de diagnóstico. Si al finalizar el estudio existe material restante, éste quedará bajo responsabilidad temporal del laboratorio referido hasta su retorno con el médico responsable.
3. Que mi médico tratante me ha informado de los alcances y limitaciones de este estudio y de la necesidad de realizarlo en tejido previamente obtenido.
4. Que por el presente documento otorgo mi consentimiento expreso y acepto libre y voluntariamente participar en el Programa y realizarme la prueba para determinar PD-L1, EGFR y ALK.
5. Que he sido informado que MSD no tendrá acceso a ninguna información relativa a los resultados de la prueba diagnóstica. De forma que, los resultados que emitan los laboratorios le serán entregados directamente a mi médico tratante, según la información que remita en la correspondiente orden médica para la realización de la prueba.
6. Que entiendo y acepto que el Programa no es una entidad y/o institución prestadora de servicios de salud ni un centro de atención en salud. De forma que, el Programa no es responsable por mi salud, ni tiene por finalidad diagnosticar ni reemplazar las recomendaciones y/o las órdenes de mi médico tratante relacionadas con mi salud, mi tratamiento o los medicamentos que me han sido formulados.
7. Entiendo, reconozco y acepto que MSD no es responsable de los resultados del laboratorio, ya que estos son responsabilidad del laboratorio de diagnóstico. Adicionalmente, declaro que tengo conocimiento y reconozco el riesgo de daño, hurto, robo, y/o consumo total del material biológico que pudiera ocurrir en tránsito al laboratorio de 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 Programa.
8. Que entiendo que estoy en total libertad de retirarme en cualquier momento del Programa en cualquier momento
9. Declaro que el que suscribe o sus familiares no han sido ofrecidos beneficios adicionales de ningún tipo por la realización de esta prueba y no reclamaremos reembolso alguno por estos servicios.

10. Entiendo que los resultados serán entregados única y exclusivamente al médico responsable 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.
11. Que he sido informado que MSD no tendrá acceso a ninguna información relativa a los resultados de la prueba diagnóstica. De forma que, los resultados que emitan los laboratorios le serán entregados directamente a mi médico tratante, según la información que remita en la correspondiente orden médica para la realización de la prueba.

Al firmar este documento reconozco plenamente todas las condiciones aquí indicadas y que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Aviso de privacidad

Comprendo y acepto libre, expresa y voluntariamente suscribirme al programa denominado "Acompáñame Oncología" auspiciado por Merck Sharp & Dohme Comercializadora S. de R.L. de C.V. (MSD) para que me sea realizado el análisis de expresión de PD-L1 y ALK mediante inmunohistoquímica y EGFR mediante qPCR. Al aceptar ingresar al programa también consiento que mis datos personales y confidenciales sean utilizados para los fines antes descritos y la información sea registrada, conservada y protegida bajo medidas de estricta confidencialidad en cumplimiento con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, al mismo tiempo, autorizo expresamente a MSD para guardar, transferir y/o compartir mis datos personales a terceros, como son empresas que le proporcionen servicios a MSD, para que dichos terceros puedan tener accesos y hacer uso de mis datos personales, quienes, en su calidad de encargados, realizarán labores de clasificación y conservación de tales datos, únicamente para el efecto de la administración, resguardo y fines legítimos en relación con el programa "Acompáñame Oncología". Entiendo que la información protegida no será utilizada para ningún otro propósito que los mencionados anteriormente y que si deseo: (i) Tener acceso a mis datos personales; (ii) Rectificar los mismo; (iii) Cancelarlos; (iv) Oponerse a un uso distinto al autorizado y/o (v) Revocar mi consentimiento al tratamiento de mis Datos Personales, podré solicitarlo por escrito dirigido a Merck Sharp & Dohme Comercializadora S. de R.L. de C.V. y a la siguiente dirección de correo electrónico: privacidad.mexico@merck.com o a la dirección Av. San Jerónimo 369 Piso 8, Col. La Otra Banda, C.P. 01090, Del. Álvaro Obregón, Ciudad de México, México.

Formato de solicitud de estudios Biomarcadores en Cáncer de Pulmón de Células no Pequeñas

Folio

Datos del paciente

Nombre _____

Género

Fem.

Masc.

Fecha de nacimiento

dd

mm

aaaa

Médico solicitante

Nombre _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Segundo destinatario

Nombre _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Información de la muestra

Tumor primario

Laminillas

Adenocarcinoma

Metástasis (especificar)

Bloque de parafina

Escamoso /
Epidermoide

Fecha de la toma

dd

mm

aaaa

Identificador de la muestra _____

Observaciones _____

Firma del paciente

Firma del médico solicitante

Al firmar el presente formato de solicitud de estudios para el análisis de Biomarcadores en cáncer de Pulmón certifico que he leído y acepto los términos del Consentimiento Informado y Aviso de Privacidad contenidos al reverso de este documento.

Favor de asegurarse de completar:



Firmas de médico y paciente



Formato



Muestras identificadas adecuadamente



Anexar reporte histopatológico

HOJA 3- PACIENTE

Consentimiento informado

Análisis de Biomarcadores en Cáncer de Pulmón de Células no Pequeñas

1. Que mi médico tratante me ha informado sobre la existencia del Programa "Acompáñame Oncología" (de ahora en adelante el Programa) de la compañía Merck Sharp & Dohme Comercializadora S. de R.L. de C.V. (en adelante "MSD").
2. Que se me ha explicado y entiendo que el Programa tiene por finalidad brindar auspiciar la realización de una prueba de diagnóstico para la determinación de los biomarcadores PD-L1, EGFR y ALK, para lo cual se requiere la entrega de una muestra de tejido tumoral la cual será entregada a un laboratorio clínico con quien MSD tenga un convenio previo. De igual forma declaro que he sido informado(a) por mi médico tratante sobre el objetivo de esta prueba, la metodología empleada, los eventuales beneficios, los posibles riesgos e incomodidades que se pueden presentar. Asimismo, se me ha informado que el resultado de el/los estudios/s mencionados será cotejado con los demás datos clínicos para obtener más detalles acerca de la eficacia del potencial tratamiento que se me indique, por lo cual autorizo el envío de mi material biológico al laboratorio seleccionado por mi médico tratante con el fin de realizar las pruebas pertinentes de diagnóstico. Si al finalizar el estudio existe material restante, éste quedará bajo responsabilidad temporal del laboratorio referido hasta su retorno con el médico responsable.
3. Que mi médico tratante me ha informado de los alcances y limitaciones de este estudio y de la necesidad de realizarlo en tejido previamente obtenido.
4. Que por el presente documento otorgo mi consentimiento expreso y acepto libre y voluntariamente participar en el Programa y realizarme la prueba para determinar PD-L1, EGFR y ALK.
5. Que he sido informado que MSD no tendrá acceso a ninguna información relativa a los resultados de la prueba diagnóstica. De forma que, los resultados que emitan los laboratorios le serán entregados directamente a mi médico tratante, según la información que remita en la correspondiente orden médica para la realización de la prueba.
6. Que entiendo y acepto que el Programa no es una entidad y/o institución prestadora de servicios de salud ni un centro de atención en salud. De forma que, el Programa no es responsable por mi salud, ni tiene por finalidad diagnosticar ni reemplazar las recomendaciones y/o las órdenes de mi médico tratante relacionadas con mi salud, mi tratamiento o los medicamentos que me han sido formulados.
7. Entiendo, reconozco y acepto que MSD no es responsable de los resultados del laboratorio, ya que estos son responsabilidad del laboratorio de diagnóstico. Adicionalmente, declaro que tengo conocimiento y reconozco el riesgo de daño, hurto, robo, y/o consumo total del material biológico que pudiera ocurrir en tránsito al laboratorio de 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 Programa.
8. Que entiendo que estoy en total libertad de retirarme en cualquier momento del Programa en cualquier momento
9. Declaro que el que suscribe o sus familiares no han sido ofrecidos beneficios adicionales de ningún tipo por la realización de esta prueba y no reclamaremos reembolso alguno por estos servicios.

10. Entiendo que los resultados serán entregados única y exclusivamente al médico responsable 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.

11. Que he sido informado que MSD no tendrá acceso a ninguna información relativa a los resultados de la prueba diagnóstica. De forma que, los resultados que emitan los laboratorios le serán entregados directamente a mi médico tratante, según la información que remita en la correspondiente orden médica para la realización de la prueba.

Al firmar este documento reconozco plenamente todas las condiciones aquí indicadas y que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Aviso de privacidad

Comprendo y acepto libre, expresa y voluntariamente suscribirme al programa denominado "Acompáñame Oncología" auspiciado por Merck Sharp & Dohme Comercializadora S. de R.L. de C.V. (MSD) para que me sea realizado el análisis de expresión de PD-L1 y ALK mediante inmunohistoquímica y EGFR mediante qPCR. Al aceptar ingresar al programa también consiento que mis datos personales y confidenciales sean utilizados para los fines antes descritos y la información sea registrada, conservada y protegida bajo medidas de estricta confidencialidad en cumplimiento con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, al mismo tiempo, autorizo expresamente a MSD para guardar, transferir y/o compartir mis datos personales a terceros, como son empresas que le proporcionen servicios a MSD, para que dichos terceros puedan tener accesos y hacer uso de mis datos personales, quienes, en su calidad de encargados, realizarán labores de clasificación y conservación de tales datos, únicamente para el efecto de la administración, resguardo y fines legítimos en relación con el programa "Acompáñame Oncología". Entiendo que la información protegida no será utilizada para ningún otro propósito que los mencionados anteriormente y que si deseo: (i) Tener acceso a mis datos personales; (ii) Rectificar los mismo; (iii) Cancelarlos; (iv) Oponerse a un uso distinto al autorizado y/o (v) Revocar mi consentimiento al tratamiento de mis Datos Personales, podré solicitarlo por escrito dirigido a Merck Sharp & Dohme Comercializadora S. de R.L. de C.V. y a la siguiente dirección de correo electrónico: privacidad.mexico@merck.com o a la dirección Av. San Jerónimo 369 Piso 8, Col. La Otra Banda, C.P. 01090, Del. Álvaro Obregón, Ciudad de México, México.