

Termo de Consentimento

O Programa Por Você tem como objetivo apoiar pacientes durante a sua jornada de saúde, por meio de contatos, serviços e informações relacionadas a doenças, saúde, tratamentos e qualidade de vida. Para cadastrar o(a) paciente sob sua responsabilidade, você deverá fornecer Dados Pessoais dele, como nome completo, sexo, CPF, data de nascimento, inclusive DADOS DE SAÚDE relacionados a utilização do medicamento Eligard® (Leuprorrelina) durante participação dele no Programa. Além disso, será necessário que nos forneça os seus dados pessoais de identificação e contato (nome completo, grau de parentesco, telefone e endereço) para acompanhamento do paciente sob sua responsabilidade.

Os dados pessoais coletados pela ADIUM serão utilizados para concretizar a sua participação, bem como a do(a) paciente sob sua responsabilidade no Programa Por Você e, permitir que vocês tenham acesso aos serviços disponibilizados, bem como para cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, como por exemplo, reportar relato de evento adverso à autoridade competente de farmacovigilância.

Para prover os serviços oferecidos pelo Programa Por Você, os dados pessoais coletados poderão ser compartilhados com empresas parceiras da ADIUM, contratualmente obrigadas a cumprir a legislação aplicável e proteger seus dados pessoais. Todos os dados pessoais coletados pela ADIUM serão protegidos por meio de medidas técnicas e administrativas apropriadas.

Se não concordar em fornecer os dados pessoais necessários, você e o(a) paciente sob sua responsabilidade não conseguirão participar do programa Por Você.

Se você aceitar participar do Programa Por Você, é importante saber que terá o direito de revogar o seu consentimento a qualquer momento.

- Enquanto representante legal/cuidador, o(a) Sr.(a) concorda com o uso dos seus dados pessoais para receber contatos do Programa Por Você para acompanhamento do paciente sob sua responsabilidade?

- O(A) Sr.(a) confirma que está autorizado a permitir o uso dos dados pessoais deste(a) Paciente, incluindo DADOS DE SAÚDE, para participar do programa Por Você e ter acesso aos serviços, conforme explicamos?

Em caso de resposta negativa: Considerando a não autorização para o compartilhamento de dados pessoais, não será possível dar continuidade ao cadastro no programa. Dessa forma, o(a) Sr.(a) e o paciente sob sua responsabilidade não poderão participar do Programa Por Você. Agradecemos a sua atenção e

permanecemos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Em caso de resposta positiva: Ficamos satisfeitos em confirmar que o(a) Sr.(a) concorda com a sua participação e com a do paciente sob sua responsabilidade no Programa Por Você. Com base nessa manifestação, será dado prosseguimento ao pré-cadastro, e a solicitação será encaminhada à equipe de atendimento, que realizará a análise e adotará as providências necessárias para continuidade do processo.