

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RELIDAS®

Su médico le ha indicado **RELIDAS®** de Gador S.A., aprobado por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) el cual, siguiendo pautas internacionales, contempla un Plan de Gestión de Riesgo (PGR) y un Programa de Seguimiento de Pacientes. Por ese motivo para que se le pueda recetar el producto Ud. debe prestar su consentimiento luego de leer y acordar con la información aquí detallada. Su médico tratante debe completar formularios con su evolución en el tratamiento. Este Programa de Seguimiento de Pacientes consiste en el llenado de un formulario con datos extraídos de su historia clínica y análisis o estudios complementarios. También incluye las manifestaciones de reacciones adversas o inconvenientes que Ud. le trasmita a su médico.

El consentimiento se le solicita para que colabore con la mejor evaluación de su tratamiento y esté de acuerdo con que la ANMAT y Gador S.A. reciban y empleen dicha información en forma confidencial. Para obtener más información sobre **RELIDAS®**, por favor lea la información del producto destinada específicamente para pacientes.

Instrucciones

Para poder recibir la receta de **RELIDAS®** Ud. debe:

1. Completar las secciones 1 y 2 de este documento, firmar y fechar al final del mismo.
2. Guardar una copia para su archivo personal.

Representantes autorizados:

Si el representante no cuenta con un poder, se debe acompañar de una carta fechada y firmada por el médico.

Esta carta debe contener la siguiente información: una afirmación de que el propio paciente no posee la capacidad para completar el Formulario de Consentimiento Informado incluyendo la condición por la cual el paciente no puede completar el documento, el nombre y la dirección del representante, el grado de filiación del mismo y la afirmación de que el representante acepta la responsabilidad por el cumplimiento del paciente con todas las actividades del PGR de **RELIDAS®**.

Por favor lea la siguiente información cuidadosamente. Marque el recuadro con una **X** si Ud. está de acuerdo con la afirmación. Por favor no marque por fuera de las áreas.

SECCIÓN NÚMERO 1 - ACUERDO DEL PACIENTE

Yo he sido informado, entiendo y confirmo lo siguiente:

Mi médico me prescribe **RELIDAS®** porque entiende que es una opción apropiada para mi condición.

Yo he sido informado, entiendo y confirmo lo siguiente:

Mi médico debe cumplir con requerimientos regulatorios para poder prescribir **RELIDAS®** para lo cual yo debo aceptar que informe datos de mi historia clínica, estudios de laboratorio o complementarios a la ANMAT, y brindar la mejor colaboración que me sea posible para ello. En cualquier caso, mi identidad será preservada confidencialmente y sólo los datos de interés médico serán comunicados.

Yo he sido informado, entiendo y confirmo lo siguiente:

Mi médico también necesita informar sobre los posibles inconvenientes del tratamiento para lo cual me preguntará en las visitas al consultorio y/o me solicitará que se los comunique cuando crea que ocurre un evento adverso.

Yo he sido informado, entiendo y confirmo lo siguiente:

Mi médico de cabecera ha revisado esta información conmigo y ha respondido a todas mis preguntas. Puedo ser contactado directamente por los profesionales del Departamento de Farmacovigilancia de GADOR S.A. y responsables del Programa, para cumplimentar el seguimiento de pacientes y asistirme.

SECCIÓN NÚMERO 2 - AUTORIZACIÓN

Yo he sido informado, entiendo y confirmo lo siguiente:

Firmando la siguiente autorización, permito a mi médico de cabecera y a Gador S.A. a utilizar datos de mi historia clínica para hacer informes sobre mi salud y problemas eventuales con el medicamento destinados a la ANMAT y otros fines académicos.

Esta autorización permanecerá en efecto durante y luego de suspender el uso de **RELIDAS®**. Puedo revocarla en cualquier momento luego de informarle a mi médico que no seguiré participando del Seguimiento de Pacientes con **RELIDAS®**.

Puedo rehusarme a firmar esta autorización, lo que significa que no deseo participar del Seguimiento de Pacientes de **RELIDAS®**. Entiendo que rehusándome a participar de este programa no podré recibir este producto. Sin embargo, puedo hablar con mi médico de cabecera sobre otras opciones de tratamiento para mi patología.

Firmando este Consentimiento, autorizo a mi médico de cabecera a comenzar mi tratamiento con **RELIDAS®**.

SECCIÓN NÚMERO 3 - AUTORIZACIÓN PARA INICIAR EL TRATAMIENTO

Lea detenidamente cada uno de los siguientes puntos, y firme este Formulario de Consentimiento Informado si ha entendido todos los puntos y acepta seguir las instrucciones de su médico.

Si tiene alguna duda sobre lo que le ha explicado su médico, antes de firmar sepa que puede consultar a A.N.M.A.T. Responde, línea gratuita, 0800-333-1234 o al 011-4340-0866 de lunes a viernes de 8 a 17 horas.

- He leído la información presente en este formulario o se me ha leído en voz alta y entendible. Yo entiendo que si no doy mi consentimiento firmado no podré recibir el producto. También entiendo que la información que mi médico proporcione sobre mi tratamiento se dará a conocer a GADOR S.A. y a la ANMAT.

- Estoy de acuerdo que mi médico me ha explicado completamente el propósito del Seguimiento de Pacientes con **RELIDAS®**. Asimismo, me han entregado una copia de este formulario. Tanto el paciente como el médico prescriptor certifican que cumplirán con el propósito del Seguimiento de Pacientes de **RELIDAS®**.

DATOS DEL PACIENTE o TUTOR LEGAL	DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR
Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
DNI	Nro. de Matrícula
Fecha de Nacimiento	Email
Fecha y Firma del paciente o tutor legal ____/____/____	Fecha y Firma del médico prescriptor ____/____/____