

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА
на отримання медичних послуг та обробку персональних даних
для отримання безоплатного дослідження в рамках проєкту «50 безоплатних тестів для мультигенного профілювання
пацієнтів з різними видами раку методом NGS»

Я, _____ року народження, паспорт: серія _____ номер: _____ виданий _____ року, проживаю за адресою _____, добровільно та усвідомлено звернув(ла)ся до ТОВ "СІ ЕС ДІ ЛАБ" (далі Лабораторія), яка є офіційним партнером лабораторії "Bioptica" (далі – «Партнер») для отримання медичної послуги, а саме: лабораторна діагностика для визначення профілю клінічно та прогностично значущих генетичних альтерацій для різних видів раку методом секвенування нового покоління (NGS—next generation sequencing), яка включає в себе: проведення лабораторного дослідження біологічного матеріалу та надання результату лабораторного дослідження.

Я проінформований(-а) про те, що медичні/лабораторні послуги Лабораторії, передбачені цією згодою, надаються мені безкоштовно у зв'язку з тим, що я, внаслідок направлення мого лікаря та згідно з результатами оцінки наданої мною медичної документації, належу до цільової пацієнтської аудиторії, якій Лабораторія надає відповідні послуги безкоштовно. Вартість надання послуг компенсується Лабораторії компанією-виробником лікарських засобів (далі – «Компанія»), з якою Лабораторія взаємодіє для розширення можливостей пацієнтів з поширеним рецидивуючим немущинозним раком яєчників, метастатичним HR+/HER2-негативним раком грудної залози та метастатичним раком легень отримати доступ до інноваційного лабораторного тестування.

Своїм підписом я підтверджую, що мені надано в доступній формі та я отримав(ла) повністю зрозумілу для мене інформацію про мету, процес надання послуг, орієнтовну тривалість, характер медичного втручання, про ймовірний перебіг та про можливі несприятливі наслідки, про характер лабораторних послуг, їх можливості та обмеження.

Я розумію та погоджуюсь з тим, що для надання медичних послуг Лабораторія має право залучати третіх осіб (Франчайзі¹, сторонні організації, Партнера) дотримуючись умов конфіденційності інформації та лікарської таємниці.

Я погоджуюсь та підтверджую, що:

- Ознайомлений(-а) в повному обсязі та погоджуюсь з умовами договору про надання медичних послуг (офертою), що розміщений на сайті: <https://www.csdlab.ua>.
- Ознайомлений(-а) в повному обсязі та погоджуюсь в повній мірі, що Медичний консилиум лабораторії може запросити додаткові документи для підтвердження критеріїв моєї участі у проєкті «50 безоплатних тестів для мультигенного профілювання пацієнтів з різними видами раку методом NGS».
- Мав(-ла) можливість задавати будь-які питання стосовно медичних послуг, які надаються мені та/або Пацієнту Лабораторією та Франчайзі та одержав(-ла) на них повну відповідь.
- Попереджений(-а) про здійснення відеофіксації в приміщеннях загального користування.

Я гарантую, що мною надано максимально повні та достовірні клінічні дані для проведення лабораторного дослідження. У разі ненадання мною повних достовірних клінічних або персональних даних, необхідних для проведення лабораторних досліджень, термін виконання лабораторного дослідження може бути збільшений на невизначений термін.

Я проінформований(-а) і розумію, що строк виконання лабораторного дослідження не включає строк реєстрації мого замовлення, взяття біологічного матеріалу і його транспортування до Лабораторії.

Я підтверджую, що пухлинний матеріал надаю в гістологічному блоці (парафіновому блоці).

Я розумію, що наданий мною матеріал у парафіновому блоці був попередньо фіксований та процесований (оброблений фізичними та хімічними методами), що могло вплинути на якість нуклеїнових кислот і вірогідність проведення молекулярного дослідження.

Я розумію, що Лабораторія не несе відповідальність за якість, репрезентативність та своєчасність фіксації матеріалу, отриманого в інших закладах і доставленого до Лабораторії для проведення дослідження. Я усвідомлюю, що порушення правил взяття/транспортування та процесингу біологічного матеріалу може призвести до неможливості проведення молекулярно-генетичного дослідження та отримання заключення, і Лабораторія не несе відповідальність у таких випадках.

Для успішного виконання лабораторного дослідження біологічний матеріал (парафінові блоки) має бути належним чином фіксований та оброблений, і містити достатню кількість пухлинної тканини. У випадку його невідповідності даним вимогам проведення дослідження може бути неможливим, а Лабораторія та/або її Партнер, Франчайзі мають право відмовитися від надання медичних послуг Пацієнту. У такому випадку Лабораторія та/або її Партнер, Франчайзі (а також їх персонал) не несуть будь-якої відповідальності перед Пацієнтом.

Я проінформований(-на) та усвідомлюю, що технологічний процес лабораторного дослідження передбачає використання певного обсягу наданого для дослідження біологічного матеріалу (тканини), який може бути повністю вичерпаний внаслідок проведених процедур у рамках зазначених досліджень. Я проінформований(-на) та повністю погоджуюсь, що Лабораторія не гарантує залишку біологічного матеріалу після проведення процедур в рамках лабораторних досліджень та не інформує мене, щодо залишку матеріалу, який був наданий мною для проведення лабораторних досліджень. У випадку недостатньої кількості біологічного матеріалу, пацієнту може бути рекомендоване проведення повторного взяття біоматеріалу.

Я розумію та погоджуюсь, що парафінові блоки, які були надані мною для виконання дослідження, за моїм письмовим запитом будуть повернуті мені після виконання дослідження в термін від 1 до 1,5 місяця. У разі необхідності отримати залишок біологічного матеріалу, я зобов'язуюсь письмово звернутись з відповідною заявою до Лабораторії.

¹ Франчайзі - суб'єкти господарювання, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики, адреси яких зазначені за посиланням <https://www.csdlab.ua/take-tests>.

Я надаю згоду на обробку, зберігання, захист та передачу (в тому числі транскордонну) персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» та інших нормативно-правових актів України. Я усвідомлюю, що джерелом персональних даних є інформація, яку я надаю Лабораторії при реєстрації мого замовлення.

Метою обробки наданих мною персональних даних є проведення лабораторних досліджень наданого мною біологічного матеріалу та надання мені результату лабораторних досліджень, отримання додаткової корисної інформації, пов'язаної з результатами лабораторних досліджень та станом здоров'я, в інших аналогічних цілях, що стосуються медичних послуг та стану здоров'я, а також (без обмеження) в цілях розробки нових продуктів, тест-систем та методів у сфері охорони здоров'я, для наукових цілей, цілей бухгалтерського обліку, захисту людей та майна, захисту претензій, та в цілях статистики (далі – «Мета обробки»).

У свою чергу, Лабораторія зобов'язується забезпечити конфіденційність та безпеку персональних даних під час їх обробки. Своім підписом я підтверджую, що я знаю та розумію всі свої права, передбачені статтею 8 Закону України «Про захист персональних даних».

Мене попереджено та я погоджуюсь з тим, що: Володільцем персональних даних є: ТОВ «СІ ЕС ДІ ЛАБ, Розпорядниками персональних даних, переданих згідно з цією Інформованою згодою, є: Франчайзі та Партнер.

Я надаю Лабораторії та Франчайзі згоду на обробку моїх персональних даних протягом строку, необхідного для виконання цілей, визначених цією згодою.

Я погоджуюсь, що Лабораторія має право без моєї додаткової згоди на передачу (поширення) персональних даних Розпорядникам та/або третім особам. До даних третіх осіб належать: органи державної влади та місцевого самоврядування, інші особи, які мають право отримувати дану інформацію у відповідності до вимог чинного законодавства.

Я надаю згоду на передачу моїх знеособлених (таких, з яких будуть вилучені будь-які дані, які дозволять прямо чи опосередковано мене ідентифікувати) даних Компанії з метою виконання Лабораторією договірних обов'язків щодо звітування, а також дослідницьким компаніям, що займаються вивченням біологічних зразків для використання у науково-дослідній та освітній діяльності. Я також надаю згоду на доступ представниками Компанії до моїх Персональних даних у приміщеннях Лабораторії та Франчайзі для проведення аудиту виконання Лабораторією договірних зобов'язань.

Я погоджуюсь на отримання інформації (включаючи, але не обмежуючись: інформацію про готовність результатів досліджень та іншої інформації щодо охорони здоров'я, медичних послуг Лабораторії, спеціальних пропозицій тощо) за допомогою SMS-повідомлень (в тому числі надісланих за допомогою програм та мобільних додатків) на номер телефону та/чи електронну адресу, зазначену мною при оформленні замовлення. Я розумію, що доставка повідомлення залежить від мобільних операторів та постачальників послуг зв'язку та не є гарантованою. Лабораторія та/або Партнер не несуть відповідальність за отримання мною повідомлення. Я погоджуюсь з тим, що у разі передачі мною коду замовлення третім особам, Лабораторія, та/або Партнер не несе відповідальності за недотримання конфіденційності. Я розумію та погоджуюсь, що Лабораторія та/або Партнер не можуть гарантувати та не несуть відповідальності за доставку результатів лабораторного дослідження електронною поштою, тому що доставка електронного листа залежить від налаштувань поштових серверів, антивірусних систем та спам-фільтрів моєї поштової скриньки. Я підтверджую, що інформація надана мною у замовленні та у цій згоді достовірна, текст даної згоди мною уважно прочитано та я мав(-ла) можливість задавати будь-які питання стосовно медичних послуг, які надаються мені та/або пацієнту та отримав(-ла) на них вичерпну відповідь. Я засвідчую, що згоден із усіма пунктами цього документа, всі умови мені роз'яснені та зрозумілі. зазначено.

« ___ » _____ 20__ р.

Особистий підпис

П.І.Б. Пацієнта

Документ прочитано та підписано Пацієнтом (замовником дослідження) у моєї присутності.

« ___ » _____ 20__ р.

Особистий підпис

П.І.Б. фахівця

ТОВ «СІ ЕС ДІ ЛАБ»