



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES. PROGRAMA DE SOPORTE ZAMBON ASISTENZA



Fecha: _____ Hora: _____
Paciente: _____
C.C. _____ Edad: _____ EPS: _____ Consciente: Si _____ No _____
Dirección: Teléfonos: _____
Responsable: _____ Dirección: _____ Teléfonos: _____

Yo el abajo firmante, en la condición indicada frente a mi firma, manifiesto que he sido informado de lo siguiente:

1. Del programa de soporte a pacientes tratados con el medicamento Safinamida de ZAMBON COLOMBIA S.A. (ZAMBON ASISTENZA) ofrecido a través de Cencisalud S.A.S. (IPS) y de las instrucciones y recomendaciones dadas por el médico tratante y/o los miembros del equipo de salud.
2. De los beneficios y riesgos concernientes al programa de soporte a pacientes del medicamento Safinamida de ZAMBON COLOMBIA S.A.
3. Que este servicio es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y hasta el momento en el que esté indicada la terapia actual, y puede ser suspendido por solicitud de la familia y/o el paciente, en cualquier tiempo previa notificación a CENCISALUD S.A.S. (IPS) o a ZAMBON COLOMBIA S.A.
4. De la conducta a seguir ante cualquier eventualidad que se presente con relación a mi estado de salud.

En consideración a lo anterior manifiesto mi aceptación expresa e informada de los términos antes detallados respecto de las finalidades para las que se usarán mis datos personales, en especial manifiesto: 1. Que acepto libre y voluntariamente ser incluido en el programa de soporte a pacientes ZAMBON ASISTENZA tratados con el medicamento Safinamida de ZAMBON COLOMBIA S.A. y que cumpliré las instrucciones y recomendaciones dadas por el médico tratante y/o los miembros del equipo de salud.

2. Que autorizo a **ZAMBON COLOMBIA S.A** para la recolección, manejo y uso de mi información y tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos personales sensibles frente a los cuales no estoy obligado a otorgar autorización, incluyendo datos personales sensibles con fines académicos, históricos, estadísticos y epidemiológicos, así como para procesos de auditoría y para remitirme información sobre la salud a través de mensajes de texto, correo electrónico y llamadas telefónicas. Que la información aquí consignada incluye mis datos personales, los cuales serán manejados de forma confidencial y reservada y que podrán modificarse o retirarse de cualquier registro en el momento que yo lo desee. Lo anterior está en estricto cumplimiento de la política de tratamiento de datos personales de ZAMBON COLOMBIA S.A. y soportada por la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013. La autorización del tratamiento incluye el procesamiento, recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, actualización, transmisión y/o transferencia nacional e internacional de los datos suministrados, aún a terceras compañías que ZAMBON COLOMBIA S.A. determine. En calidad de Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES. PROGRAMA DE SOPORTE ZAMBON ASSISTENZA



para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente para tal efecto podré comunicarme al correo electrónico_____

3. Que cumpliré las instrucciones y recomendaciones dadas por el médico tratante y/o los miembros del equipo de salud.

4. Que acepto el entrenamiento en cuanto a auto-cuidado, manejo y toma del medicamento y demás sugerencias.

5. Que acepto participar activamente en el tratamiento instaurado, asumiendo a conciencia la educación y entrenamiento que los miembros del equipo de salud me suministren.

6. Que mi inclusión en el programa de soporte a pacientes no me generará ningún costo.

7. Que me comprometo a reportar inmediatamente cualquier evento adverso que se presente durante la realización del tratamiento.

8. Reconozco que ha sido de libre elección como paciente y/o como familiar responsable, manifestar que acepto la inclusión en el programa de soporte a pacientes para el manejo indicado por los profesionales tratantes.

Nombre y/o firma del paciente _____ C.C.: _____ de

Familiar o cuidador _____ C.C.: _____ de

Nombre de quien realiza entrenamiento _____ Cargo _____