

คำชี้แจง : กรุณากรอกข้อมูล และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน จากนั้น **ผู้ป่วยต้องติดต่อผู้ประสานงานโครงการทันที**

ตามช่องทางการติดต่อที่ระบุไว้ท้ายเอกสาร เพื่อส่งเอกสารในการยืนยันและรักษาสถานะการสนับสนุนตามโครงการ

## วัตถุประสงค์ของโครงการ

L-OCPA Program ได้รับการสนับสนุนจากบริษัท เอช (ประเทศไทย) มาร์เก็ตติ้ง จำกัด มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนยา Lenvatinib ให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ ชนิด hepatocellular carcinoma หรือ โรคมะเร็งไทรอยด์ระยะแพร่กระจาย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้ยา Lenvatinib ผ่านระบบการเบิกจ่ายตรง (OCPA) ครบ 120 วัน แล้ว และยังคงจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อ บริษัทจะสนับสนุนยาให้ผู้ป่วยที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้ยา Lenvatinib ผ่านระบบการเบิกจ่ายตรง (OCPA) รายนั้นจนกว่าแพทย์จะพิจารณาให้หยุดยาหรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งทำการรักษา

## แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยสำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา (Access Form for physician only)

### 1. ข้อมูลผู้ป่วย (Patient information)

ชื่อโรงพยาบาล (Hospital Name) : ..... ชื่อแพทย์ (Physician Name) : .....  
 ชื่อผู้ป่วย (Patient Name) : ..... เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) : ..... เพศ (Gender) :  ชาย (Male)  หญิง (Female)  
 วัน / เดือน / ปีเกิด (Date of birth DD/MM/YY) : ..... เบอร์โทรติดต่อผู้ป่วย (Patient Contact No.) : .....  
 ที่อยู่ (Address) : ..... อีเมล (E-mail) : .....  
 ชื่อญาติผู้ป่วย (Relative's Name) : ..... ความสัมพันธ์ : ..... เบอร์โทรติดต่อญาติ (Relative's Contact No.) : .....

### 2. การวินิจฉัยโรค (Medical eligibility)

- advanced or unresectable hepatocellular carcinoma (HCC) who have received no prior systemic therapy.  
 locally advanced or metastatic, differentiated (papillary/follicular/Hürthle cell) thyroid carcinoma (DTC), refractory to radioactive iodine (RAI).  
 ขนาดยาที่ใช้ทำการรักษา ..... วันวันที่เริ่มต้นให้ยา .....  
 ระบุชื่อผู้รับผิดชอบและที่อยู่ของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับยาสนับสนุน.....

### 3. การยินยอมของแพทย์ผู้ทำการรักษา

- 3.1 แพทย์รับรองว่าผู้ป่วยได้รับการแนะนำข้อมูลโครงการจากแพทย์ในเบื้องต้นแล้ว และผู้ป่วยอนุญาตให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลดำเนินการประสานงานไปยังผู้ประสานงานโครงการเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนการสมัคร และติดต่อผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกหรือไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้  
 3.2 แพทย์ยินยอมให้ผู้ประสานงานโครงการบันทึกและเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์และประวัติการรักษาแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ เช่น ผู้สนับสนุนโครงการ เจ้าหน้าที่ด้านการเฝ้าระวังความปลอดภัยของบริษัทผู้ผลิตยาและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
 3.3 แพทย์ยินยอมที่จะรายงานอาการไม่พึงประสงค์ใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยในโครงการ รวมทั้งยินยอมให้ติดต่อกลับเพื่อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องแก่เจ้าหน้าที่ด้านการเฝ้าระวังความปลอดภัยของบริษัทผู้ผลิตยาหรือผู้ประสานงานโครงการ  
 3.4 แพทย์ยินยอมให้ผู้ประสานงานโครงการทำการติดต่อกลับแพทย์และ/หรือผู้ป่วยโดยตรง ผ่านช่องทางที่ระบุไว้ในใบสมัคร เพื่อวัตถุประสงค์ในการติดตามการใช้ยาในโครงการ และการจัดส่งยาสนับสนุน

ลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา (Physician's Signature)..... วันที่ (Date) .....

### 4. ขั้นตอนการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- 4.1 ผู้ป่วยส่งใบสมัครยืนยันการรับสิทธิ์สนับสนุนตามโครงการพร้อมเอกสารกับ บริษัท อินดิเพนเดนซ์ โพรเซสซิง เซอร์วิส จำกัด ในฐานะ “ผู้ประสานงานโครงการ” จากผู้สนับสนุนโครงการ  
 4.2 ผู้ป่วยรอการติดต่อกลับหรือติดต่อผู้ประสานงานโครงการเพื่อยืนยันสิทธิ์หรือสอบถามข้อมูลได้ตามช่องทางการติดต่อที่ระบุท้ายเอกสาร

### 5. การยินยอมของผู้ป่วย

- 5.1 ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ L-OCPA ยอมรับในข้อตกลงต่าง ๆ อนุญาตให้แพทย์ผู้ทำการรักษาและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการวินิจฉัยโรคตามที่ระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้ รวมถึงข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ประสานงานโครงการ และอนุญาตให้ผู้ประสานงานโครงการบันทึกและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ในการติดตามการใช้ยาในโครงการ การจัดส่งยาสนับสนุน การรายงานความปลอดภัยและคุณภาพของผลิตภัณฑ์ รวมถึงติดต่อกลับไปยังแพทย์ผู้ทำการรักษา ภายใต้การดำเนินการโครงการเท่านั้น  
 5.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจะถูกเก็บเป็นความลับตลอดระยะเวลาเข้าร่วมในโครงการ และบริษัทจะจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของท่านทราบเท่าที่จำเป็นตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ในโครงการ L-OCPA เว้นแต่มีการกำหนดหรืออนุญาตโดยกฎหมายให้ระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูลดังกล่าวสั้นน้อยกว่าหรือมากกว่าระยะเวลาที่บริษัทกำหนดไว้  
 5.3 ผู้ป่วยมีสิทธิ์ออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ไม่มีข้อผูกมัดใด ๆ และผู้สนับสนุนโครงการสามารถพิจารณาและมีเหตุที่เห็นสมควรให้มีการเปลี่ยนแปลงสิทธิ์จำนวนยาที่ได้รับ การสนับสนุนในโครงการหรือยุติโครงการได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ทั้งนี้ ผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการขอแก้ไข เปลี่ยนแปลงและลบข้อมูลส่วนบุคคลที่ถูกจัดเก็บไว้ได้  
 5.4 ผู้ป่วยเข้าใจในขั้นตอนและเงื่อนไขในการรับยาสนับสนุน (กรุณาศึกษารายละเอียดในหน้าถัดไป)  
 5.5 ผู้ป่วยและญาติยินดีที่จะได้รับการติดต่อจากผู้ประสานงานโครงการผ่านช่องทางโทรศัพท์ ข้อความ อีเมล หรือไปรษณีย์ เพื่อติดตามและดำเนินการด้านการจัดส่งยาสนับสนุน

ลายมือชื่อผู้ป่วย (Patient's Signature)..... วันที่ (Date) .....

ลายมือชื่อญาติผู้ป่วย (Relative's Signature)..... วันที่ (Date) .....

ผู้ประสานงานโครงการ : บริษัท อินดิเพนเดนซ์ โพรเซสซิง เซอร์วิส จำกัด

โทรศัพท์ : 0-2460-7400 #1005-6 แฟกซ์ : 0-2220-9011 อีเมล : pap.hec.bkk@ipservices.co.th

ที่อยู่ : แผนก Patient Solutions อาคารแพนทรี 3 เลขที่ 2106 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้ เขตพระโขนง กรุงเทพฯ 10260

วันและเวลาทำการ : จันทร์ – ศุกร์ เวลา 08:00 – 17:00 น. (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

ADD LINE



## เงื่อนไขการเข้าร่วมของผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยสัญชาติไทย ใช้สิทธิการรักษาสวัสดิการของข้าราชการและครอบครัว
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตามข้อบ่งชี้ โรคมะเร็งตับ ชนิด hepatocellular carcinoma หรือ โรคมะเร็งไทรอยด์ระยะแพร่กระจาย โดยใช้ยา Lenvatinib และได้รับการอนุมัติในระบบ OCPA
3. ผู้ป่วยสามารถยืนยันได้ว่า ได้รับการรักษาด้วยยา Lenvatinib โดยแพทย์ผู้ทำการรักษา ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยยังคงได้รับประโยชน์จากการรักษาต่อเนื่องภายหลังจากที่ผู้ป่วยใช้ยารักษาครบ 120 วัน เป็นต้นไป

## ขั้นตอนการรับยาสนับสนุนจากโครงการ

1. แพทย์ผู้ทำการรักษาแนะนำโครงการให้กับผู้ป่วยที่แพทย์มีความเห็นว่าจะได้รับประโยชน์ และมีคุณสมบัติเป็นไปตามเงื่อนไขของโครงการ
2. แพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้ป่วยกรอกข้อมูลในเอกสารใบสมัครเข้าร่วมโครงการสนับสนุนการเข้าถึงยา Lenvatinib
3. ผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ทำการรักษาส่งเอกสาร ใบสมัครเข้าร่วมที่กรอกข้อมูลและลงนามเรียบร้อยแล้ว พร้อมสำเนาเอกสารยืนยันการอนุมัติจาก กรมบัญชีกลาง ให้กับ บริษัท อินดิเพนเดนธ์ โพรเซสซิ่ง เซอร์วิสเซส จำกัด (IPS) ผู้ประสานงานโครงการของบริษัท เอไซ (ประเทศไทย) มาร์เก็ตติ้ง จำกัด
4. ผู้ประสานงานโครงการติดต่อไปยังผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียด และในบางกรณี อาจมีการสอบถาม/ขอข้อมูลเพิ่มเติม หรือยืนยันข้อมูลที่ถูกต้องจากผู้ป่วยด้วย
5. ผู้ประสานงานโครงการจะทำการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วย หากพบว่าเป็นไปตามเงื่อนไข จะโทรแจ้งผู้ป่วย และจะดำเนินการจัดส่งเอกสารที่ใช้ในระหว่างเข้าร่วมโครงการให้กับทางผู้ป่วย โดยประกอบด้วยบัตรประจำตัวผู้ป่วย (patient card)
6. แพทย์ทำการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย พร้อมยาสนับสนุนที่บริษัทเอไซ (ประเทศไทย) มาร์เก็ตติ้ง จำกัด ส่งไปให้แก่ผู้ป่วยล่วงหน้าไว้ที่โรงพยาบาล
7. ผู้ป่วยรับยาสนับสนุนโดยใช้ยาที่บริษัท ได้จัดส่งไปสำรองไว้ที่โรงพยาบาล ผู้จ่ายยาของโรงพยาบาลและผู้ป่วยลงนามยืนยันการรับยาในบัตรประจำตัวผู้ป่วย (patient card) จากนั้นผู้ป่วยถ่ายรูปบัตรประจำตัวผู้ป่วย (patient card) ที่ลงนามรับยาแล้วและส่งให้ผู้ประสานงานโครงการ ในทุกครั้งผู้ป่วยเข้าไปรับยา Lenvatinib ช่วงระยะเวลาเบิกจ่ายตรง 120 วัน
8. ก่อนครบกำหนดระยะเวลาเบิกจ่ายตรง 120 วัน ผู้ป่วยต้องส่งเอกสารใบอนุมัติ การใช้ยา Lenvatinib ผ่านระบบการเบิกจ่ายตรง (OCPA) ให้กับผู้ประสานงานโครงการ ซึ่งผู้ประสานงานโครงการจะตรวจสอบข้อมูลและยืนยันสิทธิ์ตามเงื่อนไขการรับยาสนับสนุนหลังจากจากระยะเวลาเบิกจ่ายตรง 120 วัน
9. หากผู้ป่วยมีสิทธิ์รับยาสนับสนุนหลังจากระยะเวลาเบิกจ่ายตรง 120 วัน ทางผู้ประสานงานโครงการ จะดำเนินการจัดส่งยาสนับสนุนพร้อมเอกสารยืนยันการรับยาตามรอบการรักษาของแพทย์ หลังผู้ป่วยรับยาสนับสนุนจะต้องมีการลงลายมือชื่อยืนยันการได้รับยาสนับสนุนลงในเอกสาร และส่งกลับมาให้ผู้ประสานงานโครงการไม่เกิน 3 วันหลังได้รับยาสนับสนุน
10. หลังจากผู้ป่วยได้รับยาครบ 120 วัน และแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องได้รับยาต่อ ผู้ประสานงานโครงการ จะทำการส่งยาไปให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย จนกว่าแพทย์จะมีความเห็นให้หยุดยาเนื่องจากโรคไม่ตอบสนองต่อยาหรือผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงได้