

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการการเข้าถึงยา Pertuzumab

สำหรับผู้ป่วยลิทธิสวัสติการข้าราชการ



โปรดกรอกและส่งใบสมัครนี้เมื่อมารับการรักษาที่ cycle 16

เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบแล้ว สามารถจัดส่งมาที่ e-mail: rpap@ipservices.co.th โทรสาร 02-220-9011 หรือส่งไปรษณีย์มาตามที่อยู่ด้านล่าง

หรือลงทะเบียนเข้าสู่เว็บไซต์ www.rpaphailand.com เพื่อ Upload ใบสมัครและเอกสารโครงการ รวมถึงดูรายละเอียดโปรแกรมที่ท่านได้รับหลังจากเข้าร่วมโครงการ

ชื่อ-นามสกุลแพทย์			ชื่อสถานพยาบาล
เบอร์โทรศัพท์			E-MAIL
ข้อมูลผู้ป่วย			
นาย/ นาง/ นางสาว	ชื่อ-นามสกุล:	HN:	
ที่อยู่			
เบอร์โทรศัพท์	มือถือ:	บ้าน:	ญาติผู้ป่วย(กรณีฉุกเฉิน):
วันเดือนปีเกิด (ว/ด/ป)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	น้ำหนัก.....kg.	ส่วนสูง.....cm.
ผลการวินิจฉัย	วันที่วินิจฉัย (ว/ด/ป):.....		Medication:
<input type="checkbox"/> 1st Line Metastatic or locally recurrent unresectable Breast Cancer with HER2+			Pertuzumab 420 mg Trastuzumab SC 600 mg
วันที่ได้รับอนุมัติการต่ออายุจาก OCPA ครั้งล่าสุด (ว/ด/ป):			
ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา Pertuzumab มาแล้ว cycles			
หมายเหตุ: บริษัทจะสนับสนุนยา Pertuzumab และ Trastuzumab SC ตั้งแต่รอบการรักษาที่ 18 จนกระทั่งโรคคลุคลม สำหรับผู้ที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้ผ่านระบบการเบิกจ่ายตรง (OCPA) และตอบสนองต่อยาเท่านั้น			

ข้าพเจ้า ได้ลงนามในใบสมัครเข้าร่วมโครงการการเข้าถึงยา Pertuzumab สำหรับผู้ป่วยลิทธิสวัสติการข้าราชการ และหนังสือแสดงความยินยอมฉบับนี้ (เอกสาร) เพื่อแสดงว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมโดยชัดแจ้ง ด้วยความสมัครใจ และเข้าใจถึงความยินยอมของข้าพเจ้าไม่ใช่อะไรในการทำธุรกรรมใด ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาระการดำเนินงานภายใต้ขอบวัตถุประสงค์ของการประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้าตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ก. ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า อันรวมถึงหมายเลขทะเบียน บันทึกการรักษาพยาบาล เหตุการณ์หรืออาการไม่พึงประสงค์ และข้อมูลการลงทะเบียนในระบบ OCPA (ข้อมูลสุขภาพ) ของข้าพเจ้าจะถูกเปิดเผยโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาให้แก่บริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด (ดีเคเอสเอช) บริษัท อินดีเพนเดนทึ่ โพรเซสซิง เซอร์วิสเซส จำกัด (ไอพีเอส) และบริษัท โรช ไทยแลนด์ จำกัด (โรช)

ข. ข้าพเจ้ารับทราบว่าโครงการการเข้าถึงยา Pertuzumab สำหรับผู้ป่วยลิทธิสวัสติการข้าราชการ (โครงการฯ) อยู่ภายใต้การดูแลควบคุมของโรช โดยมีไอพีเอสเป็นผู้ประสานงานช่วยเหลือในการดำเนินการต่าง ๆ ภายใต้วัตถุประสงค์ของโครงการตามคำสั่งของโรช

ค. ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามปรากฏในเอกสารฉบับนี้ และข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าจะถูกนำไปใช้โดย ไอพีเอส เพื่อ i. ช่วยข้าพเจ้าในการสมัครและประเมินคุณสมบัติของข้าพเจ้าในการเข้าร่วมโครงการฯ ii. ติดตามการได้รับยาในโครงการฯ รวมถึงจำนวนครั้งที่ข้าพเจ้าได้พบแพทย์ตามที่โครงการฯ กำหนด iii. ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามข้อกำหนดของโครงการฯ iv. ติดต่อสื่อสารกับข้าพเจ้าเพื่อทำการดำเนินงานภายใต้วัตถุประสงค์ของโครงการฯ v. ช่วยเหลือและประสานงานติดต่อในเรื่องของการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการรับยาภายใต้โครงการฯ vi. ติดตาม และรายงานเหตุการณ์หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของข้าพเจ้า ให้ โรช ทราบ และ vii. เก็บรวบรวม ใช้ และบันทึกข้อมูลของข้าพเจ้าตาม i. - vi. เท่านั้น

ง. ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลที่ได้รับของข้าพเจ้าต่อกรมบัญชีกลางหากมีการร้องขอ

จ. ข้าพเจ้ายินยอมให้ไอพีเอส รายงานเหตุการณ์หรืออาการไม่พึงประสงค์ใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับข้าพเจ้าระหว่างโครงการฯ ให้แก่โรช

ฉ. ข้าพเจ้ายินยอมให้ไอพีเอสเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้ารวมถึงชื่อของข้าพเจ้าแก่ โรช ในกรณีที่มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับข้าพเจ้า

ช. ข้าพเจ้ายินยอมให้ โรช ติดต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาของข้าพเจ้าเพื่อขอทราบรายละเอียดการรักษา รายละเอียดการใช้ยา เหตุการณ์หรือรายงานไม่พึงประสงค์เพิ่มเติม หากจำเป็น

ซ. ข้าพเจ้ายินยอมให้ โรช เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และเหตุการณ์หรือรายงานไม่พึงประสงค์อันเกิดจากการใช้ยา หรือการรับการรักษาตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ฌ. ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมให้ โรช และ ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง สามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าได้เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบคุณภาพ และการตรวจสอบความถูกต้องในการดำเนินโครงการฯ เท่านั้น เว้นแต่ในกรณีเหตุการณ์ หรืออาการไม่พึงประสงค์ซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมแก่โรชในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น

ญ. ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมว่าข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าอาจถูกเปิดเผยให้แก่บริษัทในเครือ หรือบริษัทในกลุ่มของโรชซึ่งตั้งอยู่ต่างประเทศไทย ซึ่งประเทศดังกล่าวอาจมิได้มีมาตรฐานการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลตามที่กฎหมายแห่งประเทศไทยได้กำหนดไว้

ฎ. การสมัครเข้าร่วมโครงการฯ ของข้าพเจ้าเป็นความสมัครใจ และข้าพเจ้าอาจถอนตัวออกจากโครงการฯ เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ จะมีการขอข้อมูลของข้าพเจ้าฯ ได้อินยอมให้ดีเคเอสเอช ไอพีเอส และโรชเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยไว้ก่อนที่ข้าพเจ้าจะได้ออกจากโครงการฯ

ฏ. ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้ามีสิทธิต่าง ๆ ดังนี้ ในการขอเข้าถึงและขอรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า สิทธิในการขอให้โอนข้อมูลส่วนบุคคลที่อยู่ในรูปแบบที่สามารถอ่านหรือใช้งานได้โดยอัตโนมัติ โดยโดยอัตโนมัติให้แก่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล สิทธิในการคัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล สิทธิในการขอให้ลบหรือทำลาย หรือทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน ถูกต้อง และไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด สิทธิในการขอถอนความยินยอม และสิทธิในการร้องเรียนต่อหน่วยงานด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ การใช้สิทธิต่าง ๆ ของข้าพเจ้าให้เป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และ/หรือกฎหมาย กฎระเบียบ หรือข้อกำหนดอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

ฐ. ข้าพเจ้าทราบว่าโรชเป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล แต่ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และการใช้สิทธิใด ๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อไอพีเอสได้ที่ rpap@ipservices.co.th หรือทางโทรศัพท์: +66 2 161 4948, หรือทางโทรสาร: +66 2 220 9011 หรือแพทย์ผู้ทำการรักษา

ฑ. ข้าพเจ้ารับทราบว่าโรชจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าได้เข้าร่วมโครงการฯ และต่อไปเป็นระยะเวลาอีก 10 ปีนับจากที่ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการฯ ของข้าพเจ้าได้สิ้นสุดลง

ฒ. ข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้เป็นข้อมูลที่ครบถ้วน เป็นความจริง และถูกต้องที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ

ณ. ข้อมูลทั้งหมดจะถูกตรวจสอบได้โดยการขอเอกสารเพิ่มเติม

ด. ข้าพเจ้าทราบว่าหากมีการพบว่าข้าพเจ้าให้ข้อมูลเท็จ ข้าพเจ้าจะต้องถูกตัดสิทธิจากโครงการฯ

ด. ข้าพเจ้ารับทราบ และตกลงยินยอมว่าจะไม่ไปร้องเรียนโครงการฯ ได้สมัครเพื่อไม่ให้ข้าพเจ้าใช้แต่เพียงผู้เดียว โดยแพทย์จะเป็นผู้ส่งยาให้ และจะไม่นำไปจำหน่าย หรือมอบให้แก่ผู้อื่น การฝ่าฝืนข้อกำหนดนี้ จะมีผลให้ข้าพเจ้าถูกตัดสิทธิจากการเข้าร่วมโครงการฯ ได้

ด. ข้าพเจ้ารับทราบ และตกลงยินยอมว่าจะต้องไปรับยาในโครงการจากฝ่ายเภสัชกรรมที่ทางโครงการฯ กำหนดตลอดระยะเวลาการรักษาของข้าพเจ้าตามโครงการฯ

ด. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเอกสารฉบับนี้ไม่ได้ประกันว่าข้าพเจ้าจะได้รับอนุมัติให้เข้าร่วมโครงการฯ และการอนุมัติการเข้าร่วมโครงการฯ ของข้าพเจ้าขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินของไอพีเอส และโรชเท่านั้น

ด. ข้าพเจ้ายินยอมให้ไอพีเอสดำเนินการประเมินคุณสมบัติที่ยืนยันสิทธิการรับยาในโครงการของข้าพเจ้าในปีถัดไปเป็นรายปี รวมถึงส่งงบการเงินในเอกสารแสดงความยินยอมเป็นประจำทุกปี ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากข้าพเจ้ามีใลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในปีถัดไปเป็นรายปี ข้าพเจ้า จะสามารถรับสิทธิตามโครงการฯ ในปีนั้นได้ และจะถือว่าข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการฯ ของข้าพเจ้าได้สิ้นสุดลง

ด. ข้าพเจ้ารับทราบว่าโครงการการเข้าถึงยา Pertuzumab สำหรับผู้ป่วยลิทธิสวัสติการข้าราชการ ผลการรักษาอาจไม่แน่นอนและอาจเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงทั้งจากตัวโรคเอง และจากการรักษาได้ ข้าพเจ้าและครอบครัวจึงเข้าใจและตกลงว่า ไม่ว่าผลการรักษาจะเป็นอย่างไรในระหว่างที่ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการฯ ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่ถือเป็นการผิดพลาดของโครงการฯ หรือสถานพยาบาลที่รักษาข้าพเจ้า ตลอดจนไม่เรียกร้อง หรือ ฟ้องร้องใด ๆ ต่อสถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้น แพทย์ผู้รักษา ผู้จำหน่ายยา ผู้ผลิตยา และ ผู้ดำเนินโครงการฯ ทั้งนี้ โดยเป็นไปตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

ด. ข้าพเจ้ายินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดของโครงการอย่างเคร่งครัด และหากฝ่าฝืนข้อกำหนดจะส่งผลให้ข้าพเจ้าถูกตัดสิทธิจากการเข้าร่วมโครงการฯ ได้

ด. ข้าพเจ้าเข้าใจว่า โรช มีสิทธิปรับแก้ เปลี่ยนแปลง หรือยุติโครงการฯ/การเข้าร่วมโครงการฯ ได้ตลอดเวลาโดยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้าก่อนการรับยาในโครงการฯ ในครั้งถัดไป

ด. ข้าพเจ้ารับทราบว่า ในระหว่างการเข้าร่วมโครงการฯ อาจมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ เกี่ยวกับการรักษาโรชของข้าพเจ้าซึ่งแพทย์ผู้ทำการรักษาได้วินิจฉัยว่าข้าพเจ้าจำเป็นต้องรับยาภายใต้โครงการฯ อีกต่อไป ในกรณีดังกล่าว ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่า (1) การเข้าร่วมโครงการฯ ของข้าพเจ้าเป็นอันสิ้นสุดลงโดยทันที (2) ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิรับยาภายใต้โครงการฯ อีกต่อไป และ (3) ข้าพเจ้าจะไม่ส่งมอบยาดังกล่าวให้แก่บุคคลอื่นใด

นอกเหนือไปจากข้อกำหนดและเงื่อนไขข้างต้นข้าพเจ้ายินยอมให้ไอพีเอสเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าโดยไอพีเอสเพื่อวัตถุประสงค์ในการส่งข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค และการดูแลรักษา รวมถึงข่าวสาร งานสัมมนา งานอีเวนต์ หรืองานประชุมใด ๆ เกี่ยวกับโรค และการดูแลรักษา ซึ่งได้จัดขึ้นโดยไอพีเอส โรช หรือองค์กรอื่นใด ทั้งนี้ ซึ่งไม่ใช่เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด หรือโปรโมชัน

ท่านต้องการได้รับผลการยืนยันแผนการรักษาทางใด ? E-mail..... Fax..... รับผิดชอบเอง

ลายมือชื่อผู้ป่วย: _____ วันที่: _____

กรุณาส่งเอกสาร (เลือกเพียง 1 อย่าง) มาพร้อมใบสมัครตามที่อยู่/อีเมล/แฟกซ์ ด้านล่าง
 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย หรือ สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาล หรือ สำเนาบัตรข้าราชการ

