

RocheCares

روش تهتم

A patient support program by Roche
برنامج دعم المرضى عبر روش

Treating Physician Name:

I the undersigned (first name, family name):
.....

I confirm that my treating physician has provided me with all the required information about this program. I agree to participate in this patient support program at my own free will and I consent to share my medical information with PH360 (a third party delegated by the sponsor) for eligibility assessment.

I understand that my authorization will not expire, but I can revoke my authorization by notifying my treating physician and PH360. PH360 may, without liability and at its sole discretion, decide to stop my participation in the program or terminate the program at any time and I will be notified accordingly.

This authorizes PH360 to store and process my medical information which is related to this program. This personal data will be secured against unauthorized access and will be kept confidential.

I understand and agree that in case of adverse events, collected data may also be provided to the program sponsor and/or official databases for reporting of adverse events and/or other safety relevant information.

.....
Patient name (print)

.....
If applicable - Name of patient's legally authorized representative (print)

.....
Date

.....
Patient signature or signature of patient's legally authorized representative

.....
Date

In case of any adverse event occurring on Any Roche Product please contact the safety hotline number: +961 76 700 322 or by email to: beirut.safety_reporting.bs1@roche.com

Roche Lebanon SARL
Atrium Building, 5th floor, 33 Weygand Street, Beirut Central District, 11-5485
Beirut, Lebanon
Roche Lebanon SARL is currently operating from a remote address (Omnipharma Bldg. B, 7th Floor, 28 Badaro St., P.O. Box 11-7956, Beirut, Lebanon)

© September 2021

www.roche-middleeast.com



RocheCares

روش تهتم

A patient support program by Roche
برنامج دعم المرضى عبر روش

إسم الطبيب المعالج:

أنا الموقع أدناه (الإسم والشهرة)

أؤكد بأن طبيبي المعالج قد زودني بجميع المعلومات المطلوبة بشأن هذا البرنامج.

انني أوقع على المشاركة في برنامج دعم المرضى هذا بملاء إرادتي وأقبل بإطلاع شركة PH360 (فريق ثالث منتدب من قبل الجهة الراعية) على معلوماتي الطبية من أجل تقييم الأهلية.

انني أدرك أن صلاحيات هذا الإذن لن تنتهي وانني استطيع إلغاء هذا الإذن عن طريق إبلاغ طبيبي المعالج وشركة PH360. يحق لشركة PH360 دون طائلة أي مسؤولية ووفقاً لاستنسابها الخاص، أن تقرّر وضع حد لمشاركتي في البرنامج أو إنهاء البرنامج برمته في أي وقت، وسوف يتم إخباري بذلك.

هذا التوقيع يسمح لشركة PH360 بأن تخزن وتعالج معلوماتي الطبية المرتبطة بهذا البرنامج. وسوف تتم حماية هذه البيانات الشخصية ضد إطلاع غير مرخص كما سيتم الحفاظ على سريتها.

انني أفهم وأقر بأنه، في حال ظهور أي آثار جانبية، يمكن كذلك تزويد راعي البرنامج و/أو قواعد البيانات الرسمية، البيانات التي تم جمعها من أجل الإفادة عن الآثار الجانبية و/أو أي معلومات أخرى تتعلق بالسلامة.

اسم المريض (بخط واضح)

علاقته بالمريض

حيثما ينطبق الامر – اسم ممثل المريض

المفوض قانوناً (بخط واضح)

التاريخ

توقيع المريض او توقيع ممثل المريض

المفوض قانوناً

In case of any adverse event occurring on Any Roche Product please contact the safety hotline number: +961 76 700 322 or by email to: beirut.safety_reporting.bs1@roche.com

Roche Lebanon SARL
Atrium Building, 5th floor, 33 Weygand Street, Beirut Central District, 11-5485
Beirut, Lebanon
Roche Lebanon SARL is currently operating from a remote address (Omnipharma Bldg. B,
7th Floor, 28 Badaro St., P.O. Box 11-7956, Beirut, Lebanon)

© September 2021
www.rochemiddleeast.com

