

استمارة الأهلية الطبية والموافقة

إن برنامج "روش تهتم" (Roche Cares PSP) هو برنامج لدعم المرضى يهدف الى مؤازرة المرضى طوال رحلتهم مع المرض من خلال تمكينهم من الحصول على العلاج الموصوف لهم. اذا كان المرضى مؤهلين، قد يؤمن لهم برنامج دعم المرضى "روش تهتم" الدعم المالي اضافة الى دعم التزامهم بالعلاج من خلال متابعة أي عقبات لوجستية قد تطرأ وتعيق حصولهم على الدواء. تتولى شركة Roche Lebanon SARL رعاية برنامج دعم المرضى "روش تهتم"، وتعود ادارته المستقلة الى جهة ثالثة منتدبة هي IQVIA Lebanon S.A.R.L.

القسم المخصص للمريض(ة)

انا، المريض(ة)، بتوقيعي على هذه الاستمارة، أقر بما يلي:

- إنني أعني أن IQVIA سوف تقوم بجمع واستخدام وتخزين ومعالجة معلوماتي الصحية الشخصية بهدف:
 - مؤازرتي خلال رحلتي العلاجية؛
 - دعم طبي وأهليتي للبرنامج؛
 - شخصنة الخدمة المقدمة لي وتحسينها، والسماح لي بالاستفادة من جميع تقديمات البرنامج.
- سوف تتعامل IQVIA مع بياناتي الشخصية بمتنهي الاحترام والسرية؛
- إنني على ثقة بأنني سوف أقدم معلومات كاملة، صحيحة ودقيقة بحسب معرفتي؛ وأدرك بأنه قد يتم استيعادي عن البرنامج إذا تبين أن أيًا من المعلومات المقدمة غير حقيقية أو غير صحيحة؛
- أسمح لشركة IQVIA بأن تقيّد Roche Lebanon SARL عن أيّ عارض جانبي أو شكوى تتعلق بجودة المنتج قد نصادفها خلال تفاعلاتنا، كما أوافق على أن تعالج Roche Lebanon SARL عندئذٍ العارض الجانبي وفقاً لإجراءاتها الداخلية (علماً بأن هذه الجهات قد تكون في بلد غير بلدي)؛
- لديّ الحق في النفاذ إلى معلوماتي الشخصية و/أو الصحية أو تعديلها أو تصحيحها أو مسحها أو حذفها من خلال الاتصال بـ IQVIA على الرقم التالي: ٠٢٢٥٥٦ ٨١ ٩٦١ +، أو إرسال بريد إلكتروني إلى العنوان التالي: rochecareslebanon@iqvia.com، على ألاّ تتعدى المهلة لتحديد ما إذا كان سيستجاب لطبي أم لا ١٦ (سنة عشر) يوم عمل من تاريخ تلقي الطلب. خلال هذه المدة، سوف تقوم IQVIA بإعلامي عن احتمالات الاستجابة لطبي أو رفضه. وفي حال قبول طبي، سوف تتم تليته في غضون ٣٠ (ثلاثين) يوماً تقويمياً من تاريخ تلقي الطلب؛
- قد توفر IQVIA البيانات لـ Roche Lebanon SARL بطريقة إجمالية ومحجوبة الهوية بهدف إعداد التقارير أو التقييم؛
- عليّ أن أستكمل جميع المستندات المطلوبة بهدف الاستفادة من برنامج دعم المرضى "روش تهتم" وأنا موافق(ة) على الالتزام بسير عملية البرنامج؛
- أفهم أن هذه الموافقة لا تضمن أهليتي للانخراط في البرنامج، أن مشاركتي طوعية وأنني، بتوقيعي على هذه الإستمارة، سوف أخضع لتقييم أهلية من قبل برنامج دعم المرضى؛
- أدرك أنه يحق لي أن أسحب مشاركتي في أي وقت، ولكن سوف يتم الاحتفاظ ببياناتي التزاماً بالموجبات القانونية او التنظيمية، لأسباب تتعلق بالصحة العامة أو لحماية وممارسة الحقوق القانونية ذات الصلة؛
- يحق لشركة Roche Lebanon SARL و/أو شركة IQVIA، بدون أي مسؤولية ووفقاً لاستنساها الخاص، أن تقرّر وضع حدّ لمشاركتي في البرنامج أو أن تنهي البرنامج في أي وقت، وبناءً عليه سوف يتم إبلاغي بذلك.

بتوقيعي على إستمارة الموافقة هذه، إنني أقرّ بأنني قد قرأت وفهمت الأحكام والشروط المذكورة آنفاً وبيان الخصوصية، وأوافق على الإنخراط في البرنامج. وأنا أقرّ بموجب هذه الإستمارة بأنني إذا لم أكن موافقاً (موافقةً) على الأحكام والشروط وبيان الخصوصية، فأنا لا أكون مؤهلاً (مؤهلةً) للمشاركة في هذا البرنامج.

الاسم الكامل للمريض(ة) رقم الهاتف التوقيع والتاريخ

الاسم الكامل لمقدم الرعاية (حسب الاقتضاء) رقم الهاتف التوقيع والتاريخ

القسم المخصص للطبيب(ة)

الخدمات المالية / اللوجستية	الجهة الضامنة للمريض(ة)	العلاج / الاختبار الذي يدعمه برنامج دعم المرضى "روش تهتم"
دعم من خلال المساهمة في الدفع (0%)	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (داخل المستشفى)	Perjeta® <input type="checkbox"/>
دعم من خلال المساهمة في الدفع (0%)	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (داخل المستشفى)	Kadcyla® <input type="checkbox"/>
دعم من خلال المساهمة في الدفع (0%)	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (داخل المستشفى)	Gazyva® <input type="checkbox"/>
دعم من خلال المساهمة في الدفع (0%) وتيسير الدفع	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (صيدليات البيع بالتجزئة)	Alecensa® <input type="checkbox"/>
دعم لوجستي	أي جهة ضامنة	FoundationOne® CDx <input type="checkbox"/> FoundationOne® Heme <input type="checkbox"/> FoundationOne® LiquidCDx <input type="checkbox"/>

بتوقيعي على إستمارة الأهلية الطبية والموافقة، إنني أقرّ بأنني قد شرحتُ للمريض(ة) المبيّن إسمه (إسمها) أعلاه برنامج دعم المرضى "روش تهتم" واستمارة الأهلية الطبية والموافقة. كما أنني مخوّل(ة) من قبل المريض(ة) الإفصاح عن المعلومات الأنفة لغايات طلب المساعدة في إطار برنامج دعم المرضى "روش تهتم".

توقيع وختم الطبيب(ة)

الاسم الكامل للطبيب(ة) والتاريخ

يُرجى إرسال هذه الإستمارة بالبريد الإلكتروني: rochecareslebanon@iqvia.com أو الاتصال على ٩٦١ ٨١ ٠٢٢٥٥٦ +

In case of any adverse event occurring with any Roche product, please report to the Roche Local Safety Line at +961 76 700 322, or forward details to: beirut.safety_reporting.bs1@roche.com

Roche Lebanon SARL
Pharmaceuticals Division
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)

