

## Nexavar Patient Assistant Program

### โครงการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ใช้ Nexavar

#### วัตถุประสงค์ของโครงการ

ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทย หลังจาก que ผู้ป่วยซื้อยา Nexavar ที่จัดจำหน่ายในประเทศไทย เท่านั้น ไปแล้วจำนวน 6 กล่อง ในโรค advanced Renal Cell Carcinoma หรือ Hepatocellular carcinoma ที่ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดและการฉีดเคมีบำบัดเฉพาะที่ เพื่อให้ได้รับยา Nexavar อย่างต่อเนื่องโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ จากโครงการนี้

#### ระยะเวลาการดำเนินโครงการ

“โครงการ Nexavar” มีระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2552 ถึง 9 พฤศจิกายน 2553

#### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

1. ผู้ป่วยต้องมีสัญชาติไทยหรือมีภูมิลำเนาอยู่ในประเทศไทย
2. ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็น advanced Renal Cell Carcinoma หรือ Hepatocellular carcinoma ที่ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดและการฉีดเคมีบำบัดเฉพาะที่
3. ผู้ป่วยต้องมีรายได้ไม่เกินปีละ 1,500,000 บาท /ปี (ใช้เอกสารใบรับรองการเสียภาษีประจำปี และ/หรือ สำเนาบัญชีธนาคารย้อนหลัง 6 เดือน และ/หรือ สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าไฟฟ้า)
4. ผู้ป่วยต้องไม่มีสิทธิในการเบิกค่ายาดังกล่าวจากสังกัด ใดๆและไม่ได้รับการสนับสนุนจากที่ใดทั้งสิ้น
5. ผู้ป่วยแสดงใบเสร็จหรือหลักฐานการซื้อยา มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 กล่อง

#### ขั้นตอนในการสมัครเข้าร่วมโครงการ

**ขั้นที่ 1** ผู้ป่วยกรอกแบบฟอร์มการสมัครเข้าร่วมโครงการ พร้อมเอกสารประกอบ ส่งไปที่มูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติล่วงหน้าเมื่อเข้ารับการรักษาที่ผู้เชี่ยวชาญ

เอกสารประกอบ มีดังนี้

1. แบบฟอร์มการสมัครเข้าโครงการ
2. ใบรับรองแพทย์
3. เอกสารการเสียภาษีเงินได้ประจำปีของผู้ป่วย หรือสามีภรรยา หรือ บุตรธิดา (ถ้ามี)
4. สำเนาบัญชีเงินฝาก หรือ สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าไฟฟ้า

ขั้นที่ 2 มูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จะพิจารณาข้อมูลที่ผู้ป่วยส่งไป และพิจารณาคุณสมบัติผู้ป่วยว่าตรงตามที่กำหนดหรือไม่ แล้วแจ้งผลมาให้ผู้ป่วย และแพทย์ผู้รักษาทราบภายใน 5 วันทำการ

ขั้นที่ 3 กลับไปรับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อ

### ขั้นตอนในการขออนุมัติยาบริจาค

ขั้นที่ 1 เมื่อต้องการรับบริจาคยาตามเงื่อนไข แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล กรอกแบบฟอร์มการขออนุมัติบริจาคยาพร้อมเอกสารประกอบ ยื่นที่มูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

### เอกสารประกอบมีดังนี้

1. แบบฟอร์มการขอบริจาคยา Nexavar (แพทย์เป็นผู้บันทึก)
2. ใบรับรองแพทย์
3. ใบเสร็จรับเงินค่ายา Nexavar
4. กล่องบรรจุยาจำนวน 2 ชุดและแพ่งยาจำนวน 12 แพ่งที่รับประทานไปหมดแล้ว

ขั้นที่ 2 มูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จะพิจารณาข้อมูลที่แพทย์ส่งไป และแจ้งผลมาให้แพทย์และผู้ป่วยทราบภายใน 5 วันทำการ

ขั้นที่ 3 เมื่อได้รับการอนุมัติ จะดำเนินการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยโดยตรงครั้งละจำนวน 2 กล่อง

*หมายเหตุ* ก่อนที่ยาจะขอบริจาคยา 15 วัน แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องส่งใบขออนุมัติพร้อมเอกสารไปยังมูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ อีกครั้งหนึ่งเพื่อขออนุมัติยาเพิ่มเติมจำนวน 2 กล่อง เพื่อผู้ป่วยจะสามารถได้รับยาอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง トラบใดที่ผู้ป่วยรายนั้นยังมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้

ส่งเอกสารแบบฟอร์มการสมัครเข้าโครงการ

ที่คุณสมหมาย ศรีพลอย มูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตั้งอยู่ที่ 268/1 ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 02 354 7025 ต่อ 1221 Fax: 023547037