**2023卵巢癌Care HRD 基因檢測補助計劃**

**\*本專案補助之基因檢測須由醫院端之專科醫師依治療需求提出申請;不開放自行提出申請**

在個人化精準治療的時代，讓卵巢癌也有治療的新曙光 ! 最新研究指出，復發率極高的卵巢癌，大多都帶有HRD(同源重組修復缺失)基因突變。HRD基因是人體內參與DNA修補功能的重要基因，能協助維持細胞穩定生長。這個修復系統若出現缺失，則會導致基因突變或不穩定，罹癌機率會因此大幅提升。

因此為有效延長卵巢癌病友的無疾病存活期，台灣癌症基金會提供第三波基因檢測補助專案共150名HRD基因檢測名額，幫助晚期且經醫師評估，有需要進行HRD基因檢測的卵巢癌患者，給予免費檢測補助，以減輕家庭負擔，並增加治療成效。

1. **申請時間：**
2. 自112年12月4日開始受理，依到件順序為主，額滿為止；
3. 或HRD基因檢測健保給付生效日，即計畫終止。
4. **補助名額與資格：**

|  |  |
| --- | --- |
| 癌別 | 卵巢癌、輸卵管癌及原發性腹膜癌 |
| **名額** | **補助150名** |
| **條件限制** | * 1. 初診斷為晚期：FIGO(國際婦產科聯盟)分期為 第三期、第四期。
	2. 預計或已接受化學治療，疾病未復發者。
	3. **未參與過本會2021年CARE BRCA或**

**2022年CARE HRD基因檢測計畫申請者**或**2023年CARE HRD第一、二波基因檢測計畫申請者。** |
| \***備註：1. PARP抑制劑納入健保給付，僅適用於BRCA1/2基因突變之未復發患者。****2.研究顯示: HRD基因突變陽性卵巢癌患者中，有半數為BRCA1/2基因突變** |

1. **申請資料：**
2. 請完整填寫HRD檢測專案申請表及癌友基本資料，個資聲明處務必 **親簽表示同意**。
3. 請依下列指示送件至「Care HRD基因檢測專案小組」
4. E-MAIL(為主)：掃描申請表，寄件至 carehrd@canceraway.org.tw；

 主旨：申請人姓名─ HRD檢測 ─ 送件醫院。

1. 掛號郵寄：10597台北市松山區南京東路五段16號5樓之2，

台灣癌症基金會Care HRD基因檢測專案小組收。

1. **申請流程：**

1. **注意事項：**
2. 本補助計畫因名額有限，符合補助資格者，則以到件先後順序為主，額滿為止；或HRD基因檢測健保給付生效日，即計畫終止。（專案小組將依郵戳日期或最後補件日為申請順序排序，為免影響權益，請於寄出前確認資料完整。）
3. 本公益專案申請審核通過後，由醫院選擇的慧智基因或行動基因公司窗口會與您及醫師聯繫，並預約回診日或到院時間碰面說明後續檢測事宜。
4. Care HRD專案小組收到資料後，將於三個工作日內與您聯絡(**請注意手機來電並接聽**)。
5. 如有任何疑問請洽諮詢專線 (02) 8787-3881，週一至週五09:00至18:00。
6. 如有未盡詳細事宜，以主辦單位公告為主，主辦單位保留修改活動辦法之權利。
7. **衛教資訊
影片衛教手冊**

**財團法人台灣癌症基金會
2023第三波 卵巢癌HRD基因檢測補助專案 申請表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **檢 測 範 圍** | □ 慧智基因(腫瘤組織+血液) | □ 行動基因(腫瘤組織) |
| * HRD scoring (SOPHIA system)
* BRCA1/2 + 26 genes
* germline BRCA confirmation
* 若檢體品質不佳時，第二次檢測仍失敗，提供 germline BRCA 檢測報告
 | * HRD scoring
* BRCA1/2 + 22 genes
* 若檢體品質不佳時，可轉做 germline BRCA 檢測 (需抽血費用)
* 有關抽血及檢體組織切片費用，申請者需依照各醫療院所或檢驗所之規定收費方式，自行負擔。
 |
| **基本資料** | 姓名 |  | 出生日期 |  年(西元) 月 日 |
| 身份證字號 |  | 電話 |  |
| 聯絡地址 |  |
| E-mail |  |
| 聯絡人姓名 |  | 關係 |  | 電話 |  |
| 癌別/期別 |  癌/第 期 | 診斷時間 |  年 月 | 轉移部位 |  |
| 手術切除 | □有 󠇯□無 | 手術時間 |  年 月 |
| 癌症復發 | □有 󠇯□無 | 復發時間 |  年 月 |
| 治療方式 | □初診斷，尚未進行治療□化學治療期間： 藥名： □標靶治療期間： 藥名： □免疫治療期間： 藥名： □其他治療方式：  |
| 台癌資訊 | □每季會訊 □電子報 □暫且不需要 |
| **醫院資料** | 主治醫師\*醫師簽章 |  | E-mail |  | 就診醫院 |  |
| 個案管理師 |  | E-mail |  | 個管師電話 |  |
| **個人資料聲明** |
| 已充分了解【Care HRD 基因檢測補助計畫】之計畫說明與檢測流程，且癌友基本資料表與檢測專案申請表中所屬的個人資料，僅為台灣癌症基金會及基因公司做HRD基因檢測補助專案期間使用，不做任何行銷用途。本人同意送檢單位與檢測單位於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下，得蒐集、處理或利用本人之病歷、檢體、基因檢測等個人資料。且申請人同意財團法人台灣癌症基金會為評估及提供後續服務，可運用個人資料進行電話關懷追蹤、報告結果分析，如不同意及無法配合者，恕難提供相關社會資源服務。 **󠇯 □ 同意 󠇯□不同意 申請人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |