

財團法人台灣癌症基金會

2024 攝護腺癌 Care HRR 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

近年來癌症治療邁向個人化精準醫療，隨著分子生物技術大躍進，透過癌症基因檢測特定的生物標記以了解突變基因，再輔以相對應藥物以達到精準治療之目的。最新研究發現，攝護腺癌的發生與 HRR 相關基因突變有關，且 HRR 攝護腺癌患者中，約有兩成為 BRCA 1/2 基因突變，而其也都有相應的標靶治療藥物可以使用。為達到精準治療的目的，台灣癌症基金會提供基因檢測經費補助專案共 450 位名額，以減輕家庭負擔，並增加治療成效。

一、申請時間：

自即日起開始受理，依到件順序為主，至 114 年 3 月 31 日截止或額滿為止。

二、補助名額與資格：

癌別	轉移性去勢抗性攝護腺癌(mCRPC)病人
名額	補助 450 位
補助金額	<u>HRR 或 BRCA 基因檢測</u> 補助採實支實付，每位上限 20,000 元
條件限制	1. 轉移去勢抗性攝護腺癌階段，未曾使用過化學治療患者。 2. 檢測報告資料的日期須在 2024 年度。

*備註：PARP 抑制劑納入健保給付，僅適用於 BRCA 1/2 基因突變患者。

三、注意事項：

1. 秉持公平及照顧經濟弱勢為優先審核。
2. 本會將依電子郵件收件或郵戳日期或最後補件日為申請順序排序，請於寄出前確認資料完整。
3. 申請表及檢附資料，依下列指示送件至「台灣癌症基金會 CareHRR 專案小組」。
(1)E-MAIL(為主)：carehrr@canceraway.org.tw；
主旨：申請人姓名 - HRR - 送件醫院。
(2)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 HRR 專案小組收。
4. 補助檢附資料：身分證正反面影本、申請者(本人)匯款帳戶影本、HRR 檢測自費同意書影本、HRR 檢測結果報告、HRR 檢測收據(需有“基因檢測項目”字樣，可影本)。
5. 本會收到資料後，將於三個工作日內與您聯絡 (請注意手機來電並接聽)。
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。

財團法人台灣癌症基金會

2024 攝護腺癌 HRR 基因檢測經費補助專案 申請表

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		
醫院資料 限由院方填寫	攝護腺癌期別	第_____期	診斷時間	_____年____月	轉移部位		
	手術切除	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		手術時間	_____年____月		
	癌症復發	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		復發時間	_____年____月		
	治療方式	<input type="checkbox"/> 初診斷，尚未進行治療 <input type="checkbox"/> 化學治療期間：_____ 藥名：_____ <input type="checkbox"/> 標靶治療期間：_____ 藥名：_____ <input type="checkbox"/> 免疫治療期間：_____ 藥名：_____ <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療期間：_____ 藥名：_____ <input type="checkbox"/> 其他治療方式：_____					
	【資料聲明】本單位已充分了解最新特管辦法之規定，並依法執行本次檢測。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意						
	主治醫師	<u>*醫師簽章</u>	E-mail		就診醫院		
	個案管理師		E-mail		個管師電話		
個人資料聲明(務必詳閱及親簽)							
<p>本人已充分了解【Care HRR 基因檢測經費補助計畫】之說明與檢測流程，且癌友基本資料表與補助專案申請表中所屬的個人資料，僅為台灣癌症基金會基因檢測補助專案期間使用，不做任何行銷用途。本人同意基於醫療、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、基因檢測報告等個人資料。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。</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 申請人簽名(親簽)：_____</p>							
請勾選寄送台癌資訊與否： <input type="checkbox"/> 每季會訊 <input type="checkbox"/> 電子報，信箱：_____							
請提供以下資料							
<input type="checkbox"/> 檢測自費同意書影本 <input type="checkbox"/> 檢測結果報告 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 申請本人之匯款帳戶影本 <input type="checkbox"/> 基因檢測收據(需有“基因檢測項目”字樣)							

● 如有任何疑問請洽專線 02-8787-9907，分機 238/218；週一至週五 09:00 至 18:00