

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

本計畫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補助計畫共**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	轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌(mHSPC)病人或 轉移性去勢抗性攝護腺癌(mCRPC)病人
名額	總補助名額450位
補助金額	HRR或BRCA基因檢測 補助採實支實付，每位上限20,000元
條件限制	轉移去勢抗性攝護腺癌階段，未曾使用過化學治療患者； 或轉移後接受過化療者亦可申請。

*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. 補助檢附資料：**(將文件完整拍照回傳至本計畫Line帳號-醫藥通)**
 1. 檢測補助申請表
 2. 檢測補助收據
 3. 檢測佐證資料 (例：自費同意書、自費明細…)
 4. 存摺封面影本
 5. 身分證正反面影本
4. 本會收到資料後，將會以【**LINE帳號-醫藥通**】通知 (請注意Line訊息)。
5. 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。
6. 如何申請
 - 建議使用LINE 完成線上申請
 - ① 開啟Line，掃描醫護人員提供之QR Code
 - ② 依指示填入基本資訊，將申請文件拍照上傳
 - ③ 送出申請後，專案人員將於上班時間儘快為您審核
 - E-MAIL(為主)：carehrr@canceraway.org.tw
主旨：申請人姓名 — HRR — 送件醫院。
 - 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

醫護人員專用



病人專用



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 申請表

病人基本資料

姓名		出生日期	_____年_____月_____日		
身分證字號		電話			
聯絡地址					
E-mail					
聯絡人姓名		關係		電話	

請提供以下資料

- 檢測補助申請單 檢測補助收據 檢測佐證資料 存摺封面影本 身分證正反面影本

個人資料聲明(務必詳閱及親簽)

近本人已充分了解【Care HRR 基因檢測補助計畫】之說明與檢測流程，且癌友基本資料表與補助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計畫期間使用，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。執行本計畫中之個人資料傳輸將以加密方式進行，並儲存於我國或跨國（美國、日本等）之雲端加密資料庫。除依法提供給主管機關（如不良事件通報）或基於資料維護而委託采照策略顧問股份有限公司外，不會提供給非相關第三方使用。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。

*申請人簽名(親簽)：_____

請勾選寄送台癌資訊與否： 每季會訊 電子報 信箱：_____

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

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	轉移部位		_____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。 同意 不同意

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	

將本頁完整外框拍照回傳至本計畫LINE帳號-醫藥通