

파브리병 약제비 지원 사업 의료진 추천서

| 사업 목적 |

파브리병 약제비 지원 사업(이하 “본 사업”)은 파브리병 치료를 위해 파바갈®주를 처방 받는 환자의 경제적 부담을 경감하고 환자가 치료를 지속하여 일상생활이 가능하도록 함을 목적으로 환자 본인부담금의 일정 비율을 ㈜이수앱지스(이하 “회사”)에서 지원하는 사업입니다.

| 지원요건에 대한 적합성 확인 (의사용) |

아래의 A, B, C 항목을 모두 충족하고, D 항목 중 1개 이상의 파브리병 관련 합병증이 있는 환자 (총족 시 각 항목 □에 체크)

A. 파브리병으로 진단되어 파바갈®주를 투약 중인 환자 (필수 충족)	<input type="checkbox"/>
B. 희귀질환 의료비 지원 사업(H-card)에 탈락된 환자 (필수 충족)	<input type="checkbox"/>
C. 본인 포함 가족 및 친인척 내 2인 이상 파브리병으로 진단된 환자 (필수 충족)	<input type="checkbox"/>
D. 파브리병 관련 합병증이 있는 환자 (D-1, D-2, D-3, D-4 중 1개 이상 충족)	
D-1. 신장기능: ① 사구체여과율 감소 $15 \leq eGFR < 90 \text{ml/min/1.73m}^2$ ② 남성: 미세알부민뇨(>30mg/m), 알부민뇨(>20 $\mu\text{g/min}$), 또는 단백뇨(>150mg/24hr) ③ 여성: 단백뇨(>300mg/24hr)	<input type="checkbox"/>
D-2. 심장기능: 좌심실벽 두께>12mm, 부정맥 또는 전도장애 등	<input type="checkbox"/>
D-3. 뇌 기능: 뇌졸중 또는 일과성허혈발작 등	<input type="checkbox"/>
D-4. 손발 통증 등 말초 증상	<input type="checkbox"/>

※ 위의 항목에 충족되지 않는 환자는 지원대상이 아닙니다.

| 개인정보 수집·이용·제공 동의서 (의사용) |

① 본 사업 참여를 위한 일반 개인정보 수집 및 이용 (필수 사항)

수집 항목	수집 및 이용 목적	보유 및 이용 기간
성명, 소속(병원명), 기타 귀하가 본 사업 의료진 추천서에 기재한 개인정보	담당환자의 지원요건 적합성 확인, 본 사업 관련 연락 및 민원 처리	관련 법령상 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 본 사업 종료 후 1년까지 보유되며 이후 폐기됩니다.

귀하는 위와 같은 일반 개인정보의 수집 및 이용을 거부할 수 있습니다. 다만, 동의하지 않을 경우 귀하의 담당 환자가 본 사업에 참여하실 수 없습니다.

② 일반 개인정보 제3자 제공 (필수 사항)

제공 받는 자	일반 개인정보 이용 목적	제공하는 개인정보 항목	보유 및 이용 기간
(재)한국의료지원재단	담당환자의 지원요건 적합성 확인	성명, 소속(병원명), 기타 귀하가 본 사업 의료진 추천서에 기재한 개인정보	관련 법령상 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 본 사업 종료 후 1년까지 보유되며 이후 폐기됩니다.
엠엠케어커뮤니케이션즈(주)	본 사업 운영 관리, 개인정보 수집 처리, 전화 상담 및 안내		

귀하는 위와 같은 일반 개인정보의 제3자 제공을 거부할 수 있습니다. 다만, 동의하지 않을 경우 귀하의 담당 환자가 본 사업에 참여하실 수 없습니다.

③ 이상사례 추적조사를 위한 개인정보 수집 및 이용 (선택 사항)

수집 항목	수집 및 이용 목적	보유 및 이용 기간
성명, 소속(병원명), 이메일 주소	환자의 이상사례가 보고되고 귀하가 이상사례 추적조사에 동의하신 경우, 약물의 유효성 및 안전성 관리 및 추적 조사를 포함한 이상사례 관련 연락 및 기록 유지	관련 법령상 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 수집 및 이용 목적 달성 시까지 보유되며 이후 폐기됩니다.

귀하는 위와 같은 개인정보의 수집 및 이용을 거부할 수 있으며, 거부로 인한 불이익은 없습니다.

④ 이상사례 추적조사를 위한 개인정보 제3자 제공 (선택 사항)

제공 받는 자	일반 개인정보 이용 목적	제공하는 개인정보 항목	보유 및 이용 기간
한국식품의약품안전처	이상사례 데이터 구축 및 분석	성명, 소속(병원명), 이메일 주소	관련 법령상 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 수집 및 이용 목적 달성 시까지 보유되며 이후 폐기됩니다.

귀하는 위와 같은 개인정보의 제3자 제공을 거부할 수 있으며, 거부로 인한 불이익은 없습니다.

| 담당 의사 동의 및 서명 |

본인은 본 사업 의료진 추천서에 기재된 내용을 상세히 읽어보았고 이에 관하여 충분히 이해하였으며, 본 사업 참여를 위한 일반 개인정보 수집, 이용 및 제3자 제공에 동의하지 않더라도 환자가 본 사업에 참여하지 못하는 것 이외에 다른 불이익은 없음을 이해하였습니다. 이상사례 추적조사를 위한 개인정보 수집, 이용 및 제3자 제공에 동의하지 않더라도 환자가 본 사업에 참여할 수 있음을 이해하였으며, 본인은 자유로운 의사에 의하여 아래와 같이 동의하며 본 담당환자를 파브리병 약제비 지원 사업에 추천하므로 이에 서명합니다.

(필수) 본 담당환자가 파브리병 약제비 지원 사업의 참여자로서 지원요건에 충족함을 확인합니다.

(필수) 본 사업 참여를 위한 일반 개인정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

(필수) 본 사업 참여를 위한 일반 개인정보의 제3자 제공에 동의합니다.

(선택) 환자의 이상사례 추적조사를 위한 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.

· 이상사례 추적조사에 동의한 경우, 이메일 주소: _____

(선택) 환자의 이상사례 추적조사를 위한 개인정보 제3자 제공에 동의합니다.

동의 동의하지 않음

동의 동의하지 않음

동의 동의하지 않음

동의 동의하지 않음

동의 동의하지 않음

소속(병원명)

성명

(서명 또는 인)

서명일 20__년__월__일

파브리병 약제비 지원 사업 신청서 및 개인정보 처리 동의서

| 사업 목적 |

파브리병 약제비 지원 사업(이하 “본 사업”)은 파브리병 치료를 위해 파바갈®주를 처방 받는 환자의 경제적 부담을 경감하고 환자가 치료를 지속하여 일상생활이 가능하도록 함을 목적으로 환자 본인부담금의 일정 비율을 ㈜이수애플스(이하 “회사”)에서 지원하는 사업입니다.

| 신청 환자 정보 (환자용) |

성명	생년월일	연락처	성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
입금 은행명	입금 계좌 번호		예금주	

* 입금 계좌 변경 시 파브리병 약제비 지원 사업 신청서 및 개인정보 처리 동의서 재작성이 필요합니다.

| 개인정보 수집·이용·제공 동의서 (환자용) |

① 일반 개인정보 수집 및 이용

수집 항목	수집 및 이용 목적	보유 및 이용 기간
성명, 생년월일, 연락처, 성별, 입급은행명, 예금주, 입급 계좌번호, 병원 정보, 귀하가 제출한 본 사업 관련 구비서류에 기재된 개인정보	본인 확인, 신청환자의 지원요건 적합성 확인, 지원금 입금, 본 사업 관련 연락 및 민원 처리	관련 법령상 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 본 사업 종료 후 1년까지 보유되며 이후 폐기됩니다.
성명, 생년월일, 성별, 연락처, 병원 정보	이상사례 보고된 경우, 약물의 유효성 및 안전성 관리, 추적조사를 포함한 이상사례 관련 연락 및 기록 유지	관련 법령상 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 수집 및 이용 목적 달성 시까지 보유되며 이후 폐기됩니다.

귀하는 위와 같은 일반 개인정보의 수집 및 이용을 거부할 수 있습니다. 다만, 동의하지 않을 경우 귀하는 본 사업에 참여하실 수 없습니다.

② 민감정보 수집 및 이용

수집 항목	수집 및 이용 목적	보유 및 이용 기간
담당자의 본 사업 지원요건에 대한 적합성 확인 정보, 건강·장기요양보험료 납부확인서, 진료비 영수증 및 세부내역서, 귀하가 제출한 본 사업 관련 구비서류에 기재된 민감정보(적응증, 투여약물, 투약량 등 건강정보)	신청환자의 지원요건 적합성 확인, 지원선정자의 지원 금액 결정, 이상사례 보고된 경우, 약물의 유효성 및 안전성 관리 및 추적 조사를 포함한 이상사례 관련 연락 및 기록 유지	관련 법령상 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 수집 및 이용 목적 달성 시까지 보유되며 이후 폐기됩니다.

귀하는 위와 같은 민감정보의 수집 및 이용을 거부할 수 있습니다. 다만, 동의하지 않을 경우 본 사업의 참여가 제한될 수 있습니다.

③ 일반 개인정보 및 민감정보 제3자 제공

제공 받는 자	일반 개인정보 및 민감정보 이용 목적	제공하는 개인정보 항목	보유 및 이용 기간
(재)한국의료지원재단	본 사업 지원요건 적합성 확인, 지원대상별 지원 금액 결정, 지원금 입금	상기 일반 개인정보 및 민감정보 수집 항목	관련 법령상 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 수집 및 이용 목적 달성 시까지 보유되며 이후 폐기됩니다.
엠엠케어커뮤니케이션즈(주)	본 사업 운영 관리, 일반 개인정보 및 민감정보 수집 처리, 전화 상담 및 안내		
한국식품의약품안전처	이상사례 데이터 구축 및 분석	일반 개인정보: 성명, 성별, 생년월일, 병원 정보, 이상사례 정보 민감정보: 적응증, 투여약물, 투약량 등 건강정보	

귀하는 위와 같은 일반 개인정보 및 민감정보의 제3자 제공을 거부할 수 있습니다. 다만, 동의하지 않을 경우 본 사업의 참여가 제한될 수 있습니다.

| 신청 환자 동의 및 서명 (환자용) |

- 의약품 처방에 대한 적합성 판단은 귀하의 담당의사가 결정하며 이 약의 투여는 환자 본인의 완전한 동의 하에 이루어지는 것입니다. 따라서, 본인은 이 약의 투여에 의해 야기될 수 있는 어떠한 문제에 대해서도 추후에 민·형사상 청구나 이의 제기는 일절 하지 않을 것임을 확인합니다.
- 본인은 본 사업 신청서 및 개인정보 처리 동의서의 내용을 상세히 읽어 보았고 이에 관하여 충분히 이해하였습니다. 상기 내용에 동의하지 않더라도 본 사업에 참여하지 못하는 것 이외에 다른 불이익은 없음을 이해하였습니다.
- 본인은 본 신청서 및 개인정보 처리서와 기타 제출한 구비 서류에 기재된 내용이 모두 사실임을 확인하며, 허위사실로 밝혀질 경우 본 사업 선정 후에도 지원대상자 선정 취소 및 지원금 일체 환수 등 제반 제재조치에 대한 모든 책임을 질 것을 확인합니다.
- 본인은 자유로운 의사에 의하여 아래와 같이 파브리병 약제비 지원 사업 참여를 위한 일반 개인정보 및 민감정보 수집 및 이용, 일반 개인정보 및 민감정보의 제3자 제공에 아래와 같이 동의하며 본 사업에 신청하므로 이에 서명합니다.

- 일반 개인정보의 수집, 이용 및 제공에 동의합니다.
- 민감정보의 수집, 이용 및 제공에 동의합니다.
- 제3자에게 일반 개인정보 및 민감정보를 제공함에 동의합니다.

- 동의 동의하지 않음
- 동의 동의하지 않음
- 동의 동의하지 않음

성명 _____ (서명 또는 인) 서명일 20__년__월__일

* 안내서에 기재된 구비 서류를 모두 준비 후 사진 촬영하여 파브리병 약제비 지원 사업 상담센터(010-5888-5593)로 문자메시지를 발송해 주시면 신청이 완료됩니다.

위임장 (대리인의 계좌로 입금을 원하는 경우만 작성)

대리인의 계좌로 지원금 수령 시, 가족관계증명서 등 신청 환자와의 관계를 증명할 수 있는 서류를 제출해 주셔야 합니다.

위임 받는 자 (대리인 성명)	신청 환자와의 관계	위임 사유
------------------	------------	-------

- 본인은 위의 위임 받는 자(대리인)로부터 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 받은 사실을 확인합니다.
- 본인은 본인의 파브리병 약제비 지원 사업의 지원금 수령을 위의 위임 받는 자(대리인)에게 위임하며, 추후 동건과 관련하여 발생할 수 있는 민·형사상의 문제에 대해 본인이 모든 책임을 질 것을 확인합니다.

위임 하는 자 (환자분)	(서명 또는 인)	서명일	20__년__월__일
---------------	-----------	-----	-------------