



PATIENT CONSENT FORM

PSP Serial No.	Will be filled by Associate-PSP	MAP ID	MAP-BD-17430
Patient ID (Depot)		Patient ID (Hospital)	

Patient Information			
Name			
Gender		Age	

Contact Information			
Name		Relationship	
E-mail		Mobile	
Address			

Prescriber Information	
Prescriber Name	
Hospital Address	

Roche Medicine	
<input type="checkbox"/> Perjeta+Herceptin	
Indication	Dose

My understandings (আমার উপলব্ধি)

I understand the following:

- ✓ Enrolment in this program is voluntary.
- ✓ Roche Bangladesh can take/capture the adverse event reporting information from the conversation and documents.
- ✓ To avail the free medicine, I will have to sign the consent form.
- ✓ To get the free medicine I need to submit all receipt (copy) of purchased medicine.
- ✓ To get second FOC medicine in addition need to submit the acknowledgement of medicine infusion & previous purchase FOC medicine invoice (zero value) copy.
- ✓ The authority can preserve the information of my prescription and enrolment in this program and if require share these particulars to the relevant authority.
- ✓ The authorized person of this program can contact with me.

আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো বুঝতে পেরেছি :

- ✓ আমি স্বেচ্ছায় এ কর্মসূচীতে নিবন্ধিত হচ্ছি।
- ✓ রোশ বাংলাদেশ আমার যে কোন নথি কিংবা আলাপচারিতা থেকে পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার রিপোর্ট গ্রহণ করতে পারে।
- ✓ এই ফর্মে স্বাক্ষর ব্যতীত আমি বিনামূল্যে ঔষধ গ্রহণ করতে পারব না।
- ✓ ফ্রি ঔষধটি গ্রহণ করার সময় ক্রয়কৃত ঔষধের রশিদগুলোর অনুলিপি কর্তৃপক্ষকে প্রদান করতে হবে।
- ✓ পরবর্তী ফ্রি ঔষধ গ্রহণ করার সময় পূর্ববর্তী ফ্রি ঔষধ ইনফিউশনের প্রমাণপত্রটি ও ক্রয়কৃত এফওসি ঔষধের রশিদের অনুলিপি (শূন্য চালান) কর্তৃপক্ষের নিকট হস্তান্তর করতে হবে।
- ✓ এ কর্মসূচী আয়োজনকারী প্রতিষ্ঠান আমার ব্যবস্থাপত্রের তথ্যাদি এবং আমার অংশগ্রহণের বিস্তারিত সংরক্ষণ করতে পারবেন। সেই সাথে প্রয়োজনবোধে এ সংক্রান্ত যাবতীয় তথ্যাবলী যথাযথ কর্তৃপক্ষের কাছে হস্তান্তর করা যাবে।
- ✓ এ কর্মসূচীতে সম্পৃক্ত ব্যক্তি প্রয়োজনে আমার সাথে যোগাযোগ করতে পারে।

Signature & Date (স্বাক্ষর ও তারিখ)

By signing this form, I agreed with all terms and conditions set by Roche and I am authorizing Roche to use and further disclose my personal information as necessary to assist me.

এই ফর্মটি স্বাক্ষর করে আমি রোশ নির্ধারিত সকল শর্তের সাথে একমত হচ্ছি এবং আমাকে সহায়তা করার জন্য আমার ব্যক্তিগত তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি।

Name of the Signatory স্বাক্ষরকৃত ব্যক্তির নাম	
Signature & Date স্বাক্ষর এবং তারিখ	Relationship সম্পর্ক
Phone (ফোন)	

(You must sign here & give a copy of prescription to enrol in the programs related to Roche products as described above. Roche has the right to change or terminate the program any time)

(উপরে বর্ণিত রোশ ঔষধের সাথে সম্পর্কিত প্রোগ্রামগুলিতে তালিকাভুক্ত হবার জন্য আপনাকে এখানে স্বাক্ষর করতে হবে ও প্রেসক্রিপশনের একটি কপি দিতে হবে। রোশ যে কোনও সময় প্রোগ্রাম পরিবর্তন বা বাতিল করার অধিকার রাখে)