



PATIENT ENROLLMENT & CONSENT FORM

PSP Serial No.	Will be filled by Patient Support Executive	MAP ID	
Patient ID (Depot)		Patient ID (Hospital)	

Patient Information

Name			
Gender		Date of birth	

Contact Information

Name		Relationship	
E-mail		Mobile Number	
Address			

Treating Physicians' Details

Physicians' Name	
Hospitals' Address	

Prescribed Medicine

Indication	Loading Dose	Maintenance Dose

Medicine Assistance

Medicine Name

Alecensa	Avastin	Herceptin IV	Herceptin SC
MabThera IV	Perjeta+Herceptin	Tecentriq	

Assessment

Financial Assessment Applicable Not Applicable

Signature & Date (স্বাক্ষর ও তারিখ)

I would like to enroll in the AASTHA PSP. I have read and fully understood the Terms and Conditions of the program (As mentioned in the consent form). By signing this form, I thereby agreed with all terms and conditions set by Roche and authorizing Roche to use and further disclose my (patients') personal information as necessary to assist me.

আমি আস্থা পিএসপিতে অন্তর্ভুক্ত হতে চাই। আমি সম্মতি ফর্মে উল্লিখিত প্রোগ্রামটির সকল শর্তাবলী পড়েছি এবং পুরোপুরি বুঝতে পেরেছি। এই ফর্মটি স্বাক্ষর পূর্বক আমি রোশ নির্ধারিত সকল শর্তের সাথে একমত আছি এবং আমাকে সহায়তা করার জন্য আমার (রোগীর) ব্যক্তিগত তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করছি।

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

TERMS AND CONDITIONS (শর্তাবলী)

AASTHA PSP (Aastha Patient Support Programme)

Patients receiving treatment from a registered physician in Bangladesh will be able to participate in the Aastha Patient Support Program (PSP). A patient can be registered with the PSP only if the doctor prescribes the PSP's listed medicine to the patient. Roche does not monitor the prescription nor the method of treatment between the physicians and patients. All patients who are registered under AASTHA PSP are advised to seek proper medical consultation and start the prescribed Roche Drug with a qualified physician. The decision to further manage their treatment after initiation with a respective physician is within the discretion of both the physician and the patient.

আস্থা পিএসপি (আস্থা রোগী সহায়তা কার্যক্রম)

বাংলাদেশের নিবন্ধিত চিকিৎসকের কাছ থেকে চিকিৎসা গ্রহণ করছে এমন রোগী আস্থা রোগী সহায়তা কার্যক্রমে (পিএসপিতে) অংশগ্রহণ করতে পারবেন। একজন রোগী পিএসপিতে নিবন্ধিত হতে পারবেন তখনই যদি চিকিৎসক রোগীকে আস্থা পিএসপি এর তালিকাভুক্ত ঔষধ প্রেসক্রাইব করেন। রোগী কখনোই প্রেসক্রিপশন বা চিকিৎসকের চিকিৎসার পদ্ধতি পর্যালোচনা করে না। রোগী, আস্থা পিএসপি আওতায় নিবন্ধিত সকল রোগীদের দক্ষ চিকিৎসকের কাছ থেকে যথাযথ চিকিৎসা ও ঔষধ গ্রহণ করার পরামর্শ দিয়ে থাকে। সংশ্লিষ্ট চিকিৎসকের কাছ থেকে চিকিৎসা গ্রহণকালীন সময়ে রোগীর চিকিৎসা সংক্রান্ত সকল সিদ্ধান্ত চিকিৎসক এবং রোগী উভয়ের বিবেচনার মধ্যে সীমাবদ্ধ। রোগী একটি ঔষধ সরবরাহকারী প্রতিষ্ঠান হিসেবে কোনভাবেই কারো চিকিৎসা পদ্ধতিকে প্রভাবিত করে না।

MECHANICS OF DISBURSEMENT

Mechanics of disbursement for each Roche medicine within AASTHA PSP is different. Please contact our Patient Support Executive at +88 01730361661 or aastha.psp@roche.com.

ঔষধ বিতরণের পদ্ধতি

আস্থা পিএসপি এর অন্তর্ভুক্ত ঔষধসমূহের বিতরণের পদ্ধতি কিছুটা ভিন্ন। অনুগ্রহ পূর্বক +৮৮ ০১৭৩০৩৬১৬৬১ এই নাম্বারে বা aastha.psp@roche.com এই ই-মেইলে আমাদের সেবা প্রদানকারী প্রতিনিধির সাথে যোগাযোগ করুন।

PRIVACY AND CONFIDENTIALITY

Roche understands the importance of protecting patient privacy and confidentiality. Roche will ensure that all patient medical information is kept strictly confidential between you, your attending physician, pharmacist, and/or other healthcare providers ("HCP"), Roche designated distributor, local drug regulatory authority and third party partnering with Roche to perform services on our behalf and you consent to such disclosure. We will use information you provide to us, which may include information provided in this Patient Consent Form and information about your medical treatment, as well as information provided by your attending physician, pharmacists and/or other HCPs, for the purposes of monitoring and implementing AASTHA PSP; managing relationship with you; communicating with you, your attending physician, pharmacist, hospital or other healthcare facility in relation to the delivery and dispensing of FOC Medicine; for product safety and product complaint reporting; and responding to your queries and requests (Collectively, "Purposes"). Other than, as described here, no information is disclosed to any other third party, or used in any other manner, unless written permission is granted by you or if required by law.

You may contact us if you have any questions or you may request access to, correct or remove your personal data by contacting Patient Support Executive via e-mail to aastha.psp@roche.com or telephone at +88 01730361661. By completing this Patient Consent Form, you consent to our use of your information in the manner described above. The decision to enroll into AASTHA PSP will not affect the patient's current or future relations with the doctor nor the treatment prescribed. However, the provision of your information is mandatory to participate in AASTHA PSP and if you do not consent to use of your personal data in the manner described here, you will not be eligible to participate in AASTHA PSP.

ব্যক্তিগত তথ্য সংরক্ষণ

রোগী রোগীর গোপনীয়তা রক্ষার গুরুত্ব বোঝে। রোগীর চিকিৎসা সংক্রান্ত সকল তথ্য রোগীর সম্মতিক্রমে নিচের ব্যক্তি সমূহের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে: রোগীর চিকিৎসক, ফার্মাসিস্ট এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারী, রোগী এর বাছাইকৃত ঔষধ সরবরাহকারী প্রতিষ্ঠান, স্থানীয় ঔষধ নিয়ন্ত্রণ কর্তৃপক্ষের ও রোগী এর সাথে অংশীদারী করা তৃতীয় পক্ষ যাদের মাধ্যমে এই প্রোগ্রাম সংক্রান্ত সেবা দেওয়া হবে। রোগী এসব তথ্যের ব্যবহার ও গোপনীয়তা কঠোরভাবে পর্যালোচনা করবে এবং নিরাপত্তা নিশ্চিত করবে। আমরা আপনার সরবরাহকৃত তথ্যসমূহ ব্যবহার করব, যার মধ্যে রয়েছে রোগীর কনসেন্ট ফর্মটিতে প্রদত্ত তথ্য এবং আপনার চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য, পাশাপাশি চিকিৎসক, ফার্মাসিস্ট এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য সেবা সরবরাহকারী ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠান হতে প্রাপ্ত তথ্য।

উপরে উল্লেখিত তথ্যগুলো রোগী ব্যবহার করবে আস্থা পিএসপি-এর সেবা ও কার্যক্রম পর্যালোচনা ও বাস্তবায়নের লক্ষ্যে। এই তথ্যগুলো আরো কিছু উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হবে যেমন- আপনার সাথে আমাদের সেবা কার্যক্রম নির্বিঘ্নে পরিচালনা করার জন্য। এছাড়া তথ্যগুলো ব্যবহার করা হবে আপনার সাথে যোগাযোগের জন্য এবং আপনার তথ্য ব্যবহার করে আপনার চিকিৎসক, ফার্মাসিস্ট, হাসপাতালের সাথে রোগী যোগাযোগ করতে পারে যাতে আপনি নির্বিঘ্নে বিনামূল্যের ঔষধ সরবরাহ পান। রোগী আপনার প্রদান করা তথ্যগুলো "ঔষধ সম্পর্কিত পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া" রিপোর্ট করতে ব্যবহার করতে পারে। এর পাশাপাশি আপনার প্রবন্ধের উত্তর এবং অনুরোধ (সম্মিলিতভাবে "উদ্দেশ্য") রক্ষার্থেও এসব তথ্যসমূহ ব্যবহার করা হবে।

উপরে উল্লেখিত কারণসমূহ ছাড়া রোগী কোনো তৃতীয় পক্ষের নিকট আপনার তথ্যসমূহ প্রকাশ করবে না অথবা অন্য কোন উদ্দেশ্যে ব্যবহার করবে না আর এর ব্যতিক্রম হলে রোগী আপনার কাছ থেকে লিখিত অনুমতি নেবে যদি না বিধি দ্বারা প্রয়োজন পড়ে।

আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে বা আপনার ব্যক্তিগত তথ্য (যা আমাদের কাছে সংরক্ষিত) সংশোধন বা অপসারণ করার প্রয়োজন হলে আমাদের সেবা প্রদানকারী প্রতিনিধির সাথে যোগাযোগ করতে পারেন ই-মেইলে aastha.psp@roche.com বা টেলিফোনে +৮৮০১৭৩০৩৬১৬৬১ এই নাম্বারে। রোগীর কনসেন্ট ফর্মটি পূরণ করার মাধ্যমে আপনি আপনার তথ্য ব্যবহার করার সম্মতি প্রদান করছেন। আস্থা পিএসপিতে নিবন্ধিত হওয়ার সিদ্ধান্ত চিকিৎসকের সাথে রোগীর বর্তমান বা ভবিষ্যত সম্পর্কে প্রভাবিত করবে না বা নির্ধারিত চিকিৎসাকেও প্রভাবিত করবে না। আস্থা পিএসপিতে অংশ নেওয়ার জন্য আপনার তথ্য সম্পর্কিত যে সকল নিয়মাবলী উপরে বর্ণিত হয়েছে তা বাধ্যতামূলক এবং যদি আপনি এখানে বর্ণিত পদ্ধতিতে আপনার ব্যক্তিগত তথ্য ব্যবহার করতে অনুমতি না দেন তবে আপনি আস্থা পিএসপিতে এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারবেন না।

DISPENSING OF FREE OF COST (FOC) MEDICINE

Patients are encouraged to perform the following steps within the specified timeframe.

Should there be any delay in adhering to any of the terms below, Roche will not be held responsible for any delay in the dispensing of FOC Medicine.

1. Patients to register prior to or within 2 calendar days of the first purchase of Roche medicine. Enrolment is only complete with successful registration and receipt of signed consent form & Prescription copy.
2. For financial assessment patients need to fill the form and submit income documents & proof of financial standing. Roche will provide detailed information regarding financial assessment prior to the enrolment of the program.

TERMS AND CONDITIONS (শর্তাবলী)

3. The patient/caregiver needs to allow at least 7 working days for the financial assessment and declare the FOC medicine scheme.
4. Patients are encouraged to provide or email/attach proof of purchase within 3 calendar days for every purchase/FOC of Roche medicine.
5. Patients to acknowledge the receipt of FOC Medicine by signing the 'FOC Medicine Received Acknowledgment Letter'.
6. Patients and HCP to acknowledge the Medicine infusion by signing the 'FOC Medicine Infusion Acknowledgment Letter'.
7. To receive the second and subsequent FOC medicines, patients to submit the used FOC medicine vial/strip with the secondary packaging (for vials only).
8. Please allow at least 1 working day for the processing and delivery of FOC Medicine.

বিনামূল্যে ঔষধ (এফওসি) সরবরাহের পদ্ধতি

রোগীদের নির্দিষ্ট সময়সীমার মধ্যে নিম্নলিখিত পদক্ষেপগুলি সম্পাদন করতে অনুরোধ করা হচ্ছে। নীচের যে কোনো শর্ত মেনে চলতে যদি কোনো বিলম্ব হয়, তবে রোগীর বিনামূল্যে ঔষধ পেতে বিলম্বের জন্য রোগী দায়বদ্ধ থাকবে না।

- ১। রোগী ঔষধের প্রথম ক্রয়ের দুই দিন আগে বা দুই দিনের মধ্যে রোগীকে নিবন্ধন করতে হবে। রোগীর আস্থা প্রোগ্রামের তালিকাভুক্তি কেবলমাত্র সফলভাবে নিবন্ধন এবং সাথে স্বাক্ষরিত কনসেন্ট ফর্ম ও প্রেসক্রিপশন কপি প্রদানের মাধ্যমে সম্পূর্ণ হবে।
- ২। আর্থিক মূল্যায়নের জন্য রোগীদের একটি ফর্ম পূরণ করতে হবে এবং আয়ের নথি ও আর্থিক অবস্থানের প্রমাণপত্র জমা দিতে হবে। প্রোগ্রামটিতে তালিকাভুক্তির আগে রোগী আর্থিক মূল্যায়ন সম্পর্কিত বিস্তারিত তথ্য প্রদান করবে।
- ৩। রোগী/পরিবারকে আর্থিক মূল্যায়ন ও বিনামূল্যে প্রাপ্ত ঔষধের ক্ষম ঘোষণা করার জন্য কমপক্ষে ৭ কার্যদিবস সময় দিতে হবে
- ৪। রোগীকে বিনামূল্যে প্রাপ্ত/ক্রয়কৃত ঔষধের রশিদ সংগ্রহের ৩ দিনের মধ্যে অনলাইনে আপডেট করতে বলা হচ্ছে। অথবা ই-মেইল করে ঔষধের রশিদ পাঠাতে পারেন।
- ৫। "বিনামূল্যে ঔষধ প্রাপ্তির প্রমাণপত্র" ফর্মে স্বাক্ষর করে বিনামূল্যের ঔষধ প্রাপ্তি স্বীকার করার জন্য রোগীদের বলা হচ্ছে।
- ৬। "ঔষধ শরীরে প্রয়োগের প্রমাণপত্র" রোগী এবং চিকিৎসক/স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীকে স্বাক্ষর করতে হবে।
- ৭। দ্বিতীয় এবং পরবর্তী এফওসি (বিনামূল্যে প্রাপ্ত) ঔষধ পেতে, রোগীদের ব্যবহৃত এফওসি ঔষধের ভায়ালটি/স্ট্রিপটি মোড়কের (ভায়ালের জন্য প্রযোজ্য) সাথে জমা দিতে হবে।
- ৮। বিনামূল্যের ঔষধ প্রক্রিয়া ও বিতরণ করার জন্য কমপক্ষে ১ কার্যদিবস সময় প্রয়োজন।

RESTRICTION OF FREE OF COST (FOC) MEDICINE

A patient who is getting treatment with an existing product with PSP can immediately enroll into AASTHA PSP with proper consent and documentation. The dosage of FOC given will be based on the last purchased dose/prescription unless otherwise notified. Changes in FOC dosage must be made known to Roche prior to the processing and delivery of FOC and should be supported with proper documentation (prescription copy) form from your attending physician. Roche will not be responsible to reimburse patients in the event that a patient has to make purchases/pay for the difference in dosage/quantity/strength once FOC Medicine has been delivered. In any occasion where the FOC Medicine is not utilized, you may NOT sell or redistribute the goods.

বিনামূল্যে ঔষধ ডেলিভারীর ক্ষেত্রে কিছু প্রয়োজনীয় নিয়ম

আস্থা পিএসপিতে রোগীর কিছু নির্দিষ্ট ঔষধ অন্তর্ভুক্ত। কোন রোগী এসব ঔষধ দিয়ে চিকিৎসারত থাকলে প্রয়োজনীয় কাগজপত্র দিয়ে তিনি আস্থা পিএসপিতে অবিলম্বে নিবন্ধিত হতে পারবেন। রোগীর প্রাপ্য বিনামূল্যে ঔষধের পরিমাণ রোগীর সর্বশেষ ঔষধ ক্রয়ের পরিমাণের/প্রেসক্রিপশনের উপর ভিত্তি করে নির্ধারণ করা হবে। রোগীর ঔষধের পরিমাণে কোনোরূপ পরিবর্তন আনা হলে তা অবশ্যই পরবর্তী বিনামূল্যে ঔষধ নেওয়ার আগেই রোগীকে জানাতে হবে এবং সাথে প্রেসক্রিপশন জমা দিতে হবে যেখানে নতুন ঔষধের পরিমাণ লেখা আছে। অন্যথায় রোগীকে তার পরিবর্তিত ঔষধের অতিরিক্ত অংশ আলাদাভাবে কিনতে হবে। যদি কখনো এমন হয় যে রোগী স্বী ঔষধ ব্যবহার করতে পারেনি বা ব্যবহার করা লাগেনি সেক্ষেত্রে রোগী কোনোভাবেই সেই ঔষধ বিক্রয় করতে পারবে না অথবা কাউকে ব্যবহার করার জন্য দিতে পারবে না।

DRUG SAFETY

During the course of this programme, if you become aware of suspected adverse events in receiving any Roche medication(s), please report the adverse events to Roche Drug Safety Department within 1 business day by one of the following methods: E-mail: bangladesh.drugsafety@roche.com, Phone: +88 017 666 86086.

Note: Adverse event is defined as any untoward medical occurrence in a patient administered a pharmaceutical medicine and which does not necessarily have a causal relationship with this treatment.

Disclaimer: This material is provided for information purposes only. It does not constitute as medical advice and is not intended to replace medical professional care. If you have any questions regarding your treatment, please consult a healthcare professional. By agreeing to participate in AASTHA PSP the patient hereby releases all indemnities and liabilities towards Roche for using the information required for monitoring purposes. Roche reserves the right to amend/terminate the program without prior notice.

ঔষধের নিরাপত্তা

চিকিৎসা চলাকালীন সময়ে যদি কোনো পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার ঘটনা (এডভার্স ইভেন্ট) নজরে আসে যা ধারণা করা হচ্ছে যে ঔষধ গ্রহণের সাথে সম্পর্কিত, তাহলে এই ঘটনা রোগীর ঔষধ নিরাপত্তা বিভাগে (রোগী ড্রাগ স্কেইফটি ডিপার্টমেন্টে) এক কর্মদিবসের মধ্যে জানাতে হবে, নিম্নোক্ত উপায়ে:
ই-মেইল: bangladesh.drugsafety@roche.com, টেলিফোন: +৮৮ ০১৭৬৬৬৮৬০৮৬

বিশেষ দ্রষ্টব্যঃ ঔষধের বিরূপ ঘটনা হলো, যে কোন ঔষধ বা ঔষধ জাতীয় পণ্য ব্যবহারের সাথে সম্পর্কিত প্রতিকূল ঘটনা, চিকিৎসার সাথে যার কোন সম্পর্ক নেই।

ডিসক্লেইমারঃ এই অনুলিপিটি কেবলমাত্র তথ্য প্রদানের জন্য। এই অনুলিপিটি চিকিৎসা সংক্রান্ত পরামর্শ প্রদান করে না এবং চিকিৎসকের ভূমিকাও ক্ষুণ্ণ করে না। চিকিৎসা সংক্রান্ত যেকোন তথ্যের জন্য একজন চিকিৎসকের সাথে যোগাযোগ করুন। আস্থা রোগী সহায়তা কার্যক্রমে অংশগ্রহণের মাধ্যমে রোগী রোগীকে তার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যাবলী ব্যবহারের অধিকার প্রদান করে। রোগী কোন প্রকার পূর্ব বিজ্ঞপ্তি ছাড়াই প্রোগ্রাম বাতিল করে দেয়ার বা পরিবর্তন আনার অধিকার সংরক্ষণ করে।

I have read and understand the terms and conditions (আমি শর্তগুলো পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি)

Signature & Date