

財團法人台灣癌症基金會

2024 卵巢癌 Care BRCA/HRD 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

全台約有 15 ~ 20% 的卵巢癌患者具有 BRCA 基因突變，患者一旦確診後即可進行 BRCA 基因檢測，提供精準治療的選擇，能有效延緩復發，以提升治療成效。近年研究指出，復發率極高的卵巢癌，大多都帶有 HRD(同源重組修復缺失)基因突變。HRD 基因是人體內參與 DNA 修補功能的重要基因，能協助維持細胞穩定生長。這個修復系統若出現缺失，則會導致基因突變或不穩定，罹癌機率會因此大幅提升。為提升卵巢癌的治療成效以及有效延長卵巢癌病友的無疾病存活期，台灣癌症基金會將持續提供卵巢癌病友基因檢測補助專案共 150 名 BRCA1/2 基因檢測以及 450 名 HRD 基因檢測名額

一、申請時間：

- 自 113 年 04 月 01 日開始受理，依到件順序為主，
至 113 年 7 月 31 日截止或額滿為止。



衛教影片



衛教手冊

二、補助名額與資格：

	<u>卵巢癌 BRCA 基因檢測補助計畫</u>	<u>卵巢癌 HRD 基因檢測補助計畫</u>
癌別	卵巢癌、輸卵管癌及原發性腹膜癌	
名額	補助 150 名	補助 450 名
補助金額	BRCA 1/2 基因檢測補助 採實支實付，每位上限 20,000 元	HRD 基因檢測補助 採實支實付，每位上限 30,000 元
條件限制	1. 初診斷為晚期：FIGO(國際婦產科聯盟)分期為 第三期、第四期。 2. 預計或已接受化學治療，疾病未復發者。 3. <u>未參與過本會 2021 年 CARE BRCA、2022 年與 2023 年 CARE HRD 基因檢測計畫申請者</u> 4. 2024 卵巢癌 BRCA & 2024 卵巢癌 HRD 僅能擇一申請，不重複申請！	

****備註：PARP 抑制劑納入健保給付，僅適用於 BRCA1/2 基因突變之未復發患者。**

三、申請流程：



四、注意事項：

- 秉持公平及照顧經濟弱勢為優先審核，需經台癌事先審核通過，再進行檢測，方能給予補助。
- 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。
- 申請表及檢附資料，依下列指示送件至「台灣癌症基金會 Care HRD 專案小組」。
 - E-MAIL：carehrd@canceraway.org.tw；主旨：申請人姓名-申請項目-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 HRD 專案小組收。
- 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、檢測自費同意書影本、檢測結果報告、檢測收據(需有“基因檢測項目”字樣，可影本)。
- 本會收到資料後，將於三個工作日內與您或醫院端聯絡 (請注意手機來電並接聽)。
- 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 卵巢癌 BRCA / HRD 基因檢測經費補助專案 申請表

申請項目 *僅能擇一申請		<input type="checkbox"/> 2024 卵巢癌 BRCA			<input type="checkbox"/> 2024 卵巢癌 HRD		
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	癌別/期別	_____癌/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"/> 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						
限由院方填寫	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 HRD 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：_____							
台癌審核結果			通過審核後，再請提供下列資料				
<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過：原因：_____			<input type="checkbox"/> 檢測自費同意書影本 <input type="checkbox"/> 檢測結果報告影本 <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)				
審核人員蓋章：_____ 主管蓋章：_____							

- 經台灣癌症基金會事前審核通過，申請人執行 HRD 基因檢測後，請檢附資料，寄至台灣癌症基金會。
- 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