**Phụ lục 01**

**Nội dung thông tin tối thiểu quy định tại Thỏa thuận thực hiện chương trình giữa cơ sở kinh doanh dược và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày / /2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

1. Thông tin pháp lý của các bên liên quan

2. Nội dung chương trình

a) Tên chương trình hỗ trợ thuốc miễn phí

b) Thông tin thuốc sử dụng trong chương trình

(***Ghi chú:*** *Ghi rõ thông tin thuốc được Quỹ Bảo hiểm y tế hoặc/và người bệnh chi trả và thuốc được Chương trình hỗ trợ nếu có sự khác biệt*)

- Tên thuốc(Tên thương mại, tên hoạt chất)

- Số đăng ký/ giấy phép nhập khẩu, thời hạn hiệu lực

- Đường dùng, dạng bào chế, hàm lượng

- Nhà sản xuất, nước sản xuất

- Nguồn thuốc (thuốc không thuộc khoản viện trợ phi Chính phủ nước ngoài, thuốc thuộc khoản viện trợ phi Chính phủ)

c) Nội dung chương trình hỗ trợ

- Thời gian; thời điểm hỗ trợ

- Đối tượng áp dụng; chỉ định áp dụng

- Số lượng thuốc, số lượng bệnh nhân, giá trị thuốc hỗ trợ (nếu có)

3. Quyền và nghĩa vụ của các bên liên quan

a) Cơ sở kinh doanh dược

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

c) Đơn vị khác (nếu có)

Ghi rõ trách nhiệm thực hiện và trách nhiệm chi trả các chi phí khác ngoài thuốc, bao gồm: vận chuyển; bảo quản thuốc; tiêu hủy thuốc; thu, quản lý và tiêu hủy vỏ thuốc; thuê tổ chức, cá nhân có chức năng nhiệm vụ phù hợp để thực hiện quản lý chương trình (nếu có).

4. Tổ chức thực hiện chương trình

a) Nội quy, quy định của chương trình; biểu mẫu, báo cáo;

b) Các quy trình thực hiện cụ thể (ví dụ: quy trình lựa chọn bệnh nhân; quy trình cấp phát và quản lý thuốc; quy trình báo cáo tác dụng không mong muốn của thuốc; quy trình tiêu hủy thuốc hết hạn, thuốc bị hỏng, vỡ, thuốc do bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân trả lại)

5. Hiệu lực của Thỏa thuận

6. Các điều khoản khác (nếu có)

**Phụ lục 02**

**Phiếu đăng ký tự nguyện tham gia**

**Chương trình hỗ trợ thuốc miễn phí của người bệnh**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày / /2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điện thoại: ……………………..

**PHIẾU ĐĂNG KÝ**

**Tự nguyện tham gia Chương trình hỗ trợ thuốc miễn phí của người bệnh……(……)**

Họ và tên người bệnh:………………………………… Năm sinh: ………… Giới tính: Nam/ Nữ

Mã số bệnh nhân: ……………………… Mã số trong chương trình (nếu có):…………………….

Mã số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có).…….……….……… Điện thoại liên hệ: ....................................

Chẩn đoán bệnh: ...............................................................................................................................

Họ và tên bác sĩ điều trị và theo dõi hiện tại: .....................................

Sau khi được tư vấn về chẩn đoán bệnh của bản thân và chỉ định điều trị, được cung cấp thông tin đầy đủ về yêu cầu và lợi ích của Chương trình hỗ trợ thuốc ….…..…… (…………….) (gọi tắt là Chương trình), tôi đồng ý và cam kết:

1. Xác nhận đã được cung cấp thông tin đầy đủ, hiểu rõ về quy trình thực hiện, yêu cầu và lợi ích của Chương trình.
2. Tự nguyện tham gia Chương trình.
3. Tuân thủ lịch khám bệnh, thực hiện các xét nghiệm cần thiết theo yêu cầu của bác sĩ.
4. Tuân thủ quy định về nhận và sử dụng thuốc hỗ trợ đã được thông báo khi đăng ký tham gia Chương trình; chỉ sử dụng thuốc cho mục đích của Chương trình, không cho bất cứ mục đích nào khác.
5. Thông báo cho bác sĩ điều trị về các tác dụng không mong muốn, dấu hiệu hoặc triệu chứng bất thường gặp phải trong quá trình sử dụng thuốc. Cho phép bác sĩ điều trị hoặc nhân viên điều phối của Chương trình (nếu có) ghi nhận và chia sẻ các thông tin an toàn thuốc (nếu có) để phục vụ yêu cầu theo dõi tính an toàn thuốc.
6. Không tự ý bỏ điều trị. Trường hợp ngừng sử dụng thuốc, tôi hoặc người nhà của tôi sẽ thông báo cho bác sĩ điều trị biết lý do; đồng thời hoàn trả số thuốc đã được cấp phát nhưng chưa sử dụng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
7. Chấm dứt việc tham gia Chương trình trong trường hợp bác sĩ điều trị quyết định ngừng chỉ định thuốc vì lý do an toàn, hiệu quả điều trị hoặc trong trường hợp tôi hoặc người nhà của tôi không tuân thủ các quy định về nhận và sử dụng thuốc hỗ trợ của Chương trình.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chữ ký xác nhận  Người bệnh  (Ghi rõ họ và tên)  Ngày… tháng… năm… | Chữ ký xác nhận  Người nhà người bệnh (nếu có)  (Ghi rõ họ và tên)  Ngày… tháng… năm… | Chữ ký xác nhận  Bác sĩ điều trị  (Ghi rõ họ và tên)  Ngày… tháng… năm… | Chữ ký xác nhận  Nhân viên điều phối  (nếu có)  (Ghi rõ họ và tên)  Ngày… tháng… năm… |

***Ghi chú:***  (1) Tên thương mại của thuốc

(2) Tên hoạt chất của thuốc

**(1)**

**(2)**