

Phụ lục 02
Nội dung tối thiểu quy định tại Phiếu đăng ký tự nguyện tham gia
Chương trình hỗ trợ thuốc miễn phí của người bệnh

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2026/TT-BYT ngày / /2026 của
Bộ trưởng Bộ Y tế)

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điện thoại:

PHIẾU ĐĂNG KÝ

(1) (2)

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 cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh số thuốc đã được cấp phát nhưng chưa sử dụng.

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

Chữ ký xác nhận
Người nhà người bệnh
(nếu có)

Chữ ký xác nhận
Bác sĩ điều trị

Chữ ký xác nhận
Nhân viên điều phối
(nếu có)

(Ghi rõ họ và tên)
Ngày... tháng...
năm...

(Ghi rõ họ và tên)
Ngày... tháng...
năm...

(Ghi rõ họ và tên)
Ngày... tháng...
năm...

(Ghi rõ họ và tên)
Ngày... tháng...
năm...

Ghi chú: (1) Tên thương mại của thuốc
(2) Tên hoạt chất của thuốc