

努南氏症 (Noonan Syndrome)基因檢查
醫療補助申請表

請醫師勾選病患所符合之以下臨床症狀以及檢驗結果		申請醫師簽章	
☐ 3~14 歲之女童或 3~16 歲男童 ☐ 已排除其他可能染色體變異疾病(血液染色體檢查正常) ☐ 不曾做過努南氏基因篩檢 ☐ 疑似為努南氏症患者(補助對象須符合下列特徵條件)			
身高 < 3 rd Percentile	NS features	Cardiac defect	Family History
須符合	NS features 選項中至少符合兩個或以上特徵	Cardiac defect、Family History、Others 中至少符合兩個或以上特徵	
☐ 身高 < 3 rd Percentile	☐ 蹼狀頸 ☐ 厚且低位的耳朵 ☐ 向外下斜的眼瞼裂 ☐ 眼距過寬 ☐ 漏斗胸或雞胸 ☐ 其他，請詳列 _____	☐ 肺動脈瓣狹窄 ☐ 阻塞性肥厚心肌症 ☐ 其他努南氏特有的心電圖特徵，請詳列 _____	☐ 一等血親中有努南氏症候群 <u>確診</u> 者 ☐ 一等血親中有 <u>疑似</u> 努南氏症候群者
檢驗結果 (符合上述臨床症狀即符合補助資格，不需確診。完成檢查後即可送申請。檢驗結果可於協會通知審核結果時，在申請人同意下提供給協會)	☐ PTPN11 ☐ RAF1 ☐ KRAS ☐ BRAF ☐ LZTR1 ☐ 其他_____	☐ SOS1 ☐ RIT1 ☐ SHOC2 ☐ NRAS ☐ MAP2K1 ☐ 無	是否曾經接受過生長激素治療？ ☐ 否 ☐ 是
			是否曾經診斷過癌症？ ☐ 否 ☐ 是
			目前生長速率_____cm/year

請申請人填寫以下相關申請資料並簽名，備妥相關文件後寄送至中華民國兒童生長協會																	
申 基 本 請 資 料 人	病 姓	患 名	(檢驗單上姓名)				聯 絡 人	姓名：_____手機：_____ 與申請人之關係：									
	通 地	訊 址	縣市_____區鄉鎮_____里_____鄰_____路(街) 段_____巷_____弄_____號_____樓														
資 料 就 醫	醫 院 名 稱								檢 查 費 用	元							
帳 戶 名 稱			以下銀行或郵局帳戶 請擇一填寫即可														
銀 行 名 稱			分 行(局)名 稱				帳 號 *請靠左開始填寫，碼數不足時請勿補0*										
銀行			分行														
中 華 郵 政			分局														
應 備 文 件		「檢查繳費收據影本」、「申請人帳戶封面影本」、「戶口名簿影本」															

本人已閱讀並了解本申請表之內容，同意提供上述資料並保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果。若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額外，並願自負一切法律責任。

本申請之醫療補助款項，經中華民國兒童生長協會審核通過，並核撥至本人帳戶內後，如日後有任何具領爭議，本（具領）人願負法律上之完全責任。

申請人簽章：_____ 申請時間：_____年_____月
日

承辦單位：中華民國兒童生長協會

聯絡窗口：黃麗茹 執行長

聯絡電話：(02) 2832-5770

郵寄地址：11142 台北市士林區雨農路 70 號 11 樓 中華民國兒童生長協會

協辦單位：台灣諾和諾德藥品股份有限公司

【備註】

- 一、 申請流程：掛號郵寄「申請表」、「繳費收據影本」、「帳戶封面影本」（若非申請人本身之帳戶，請附上戶口名簿以證明與申請人之關係）至協會→協會進行內部審核→若符合補助資格，協會將會主動通知申請人（以上約需 30 個工作天）
- 二、 檢查費用以實際金額為主，每案補助上限為：新台幣一萬元整。
若檢查費用低於一萬元，則依實際金額補助。
- 三、 本計畫補助有名額限制，額滿為止，不再另行公告。協會有權依審核結果，決定最終補助對象。