

「SADS 心臟專科門診」資助先導計劃 《申請指引》

遺傳性心律基金會（“心律會”）由即日起開展「SADS 心臟專科門診」資助先導計劃，資助因「突發心律失常死亡綜合症」（Sudden Arrhythmia Death Syndromes, “SADS”）有關 或 不明原因心臟性猝死者（5-40 歲）的直屬家庭成員單次心臟專科門診費用，資助金額上限為港幣 2,000 元或該次總門診費用的 50%，以較低者為準。

一、 背景

- 部分 SADS 個案是由基因突變引起，遺傳率可達百分之五十。
- 心律會於 2014 年聯同香港瑪嘉烈醫院和衛生署，啟動全港首個針對 SADS 的醫療研究，鑑定本地不明原因猝死的年輕患者及其直屬家庭成員的 SADS 患病率及遺傳情況。期間協助家屬及早察覺 SADS。
- 縱然醫療研究已圓滿結束，心律會希望繼續幫助可能與 SADS 有關的家庭成員。

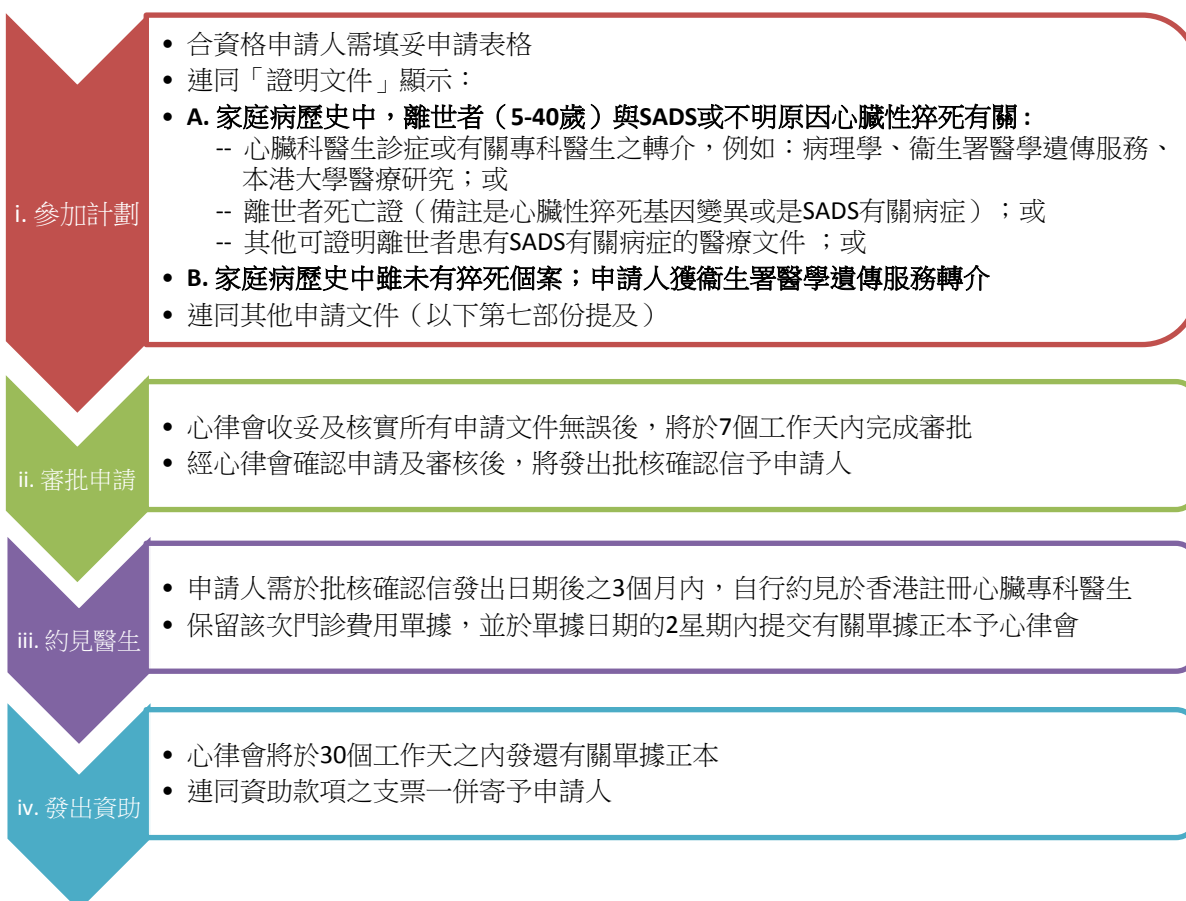
二、 目的

- 支援因 SADS 有關之猝死者的直屬家庭成員的心臟專科門診費用，透過此計劃可敦促他們盡快尋求心臟科醫生的建議、診斷及甚至是接受合適的治療，以減少猝死風險。

三、 受資助人士

- 因 SADS 有關或不明原因心臟性猝死者(5-40 歲) 的直屬家庭成員，及離世日期為申請日期之一年內；或申請人獲衛生署醫學遺傳服務轉介；申請人需持有效香港身份證。

四、 申請方法及程序



五、資助條件

申請人取得批核確認信後，於本港的心臟專科門診/醫院診症，必需同時接受以下三項檢查：

- 心臟專科醫生診症；
- 靜態心電圖 (Electrocardiogram, 簡稱“ECG”)；
- 心臟超聲波 (Echocardiogram, 簡稱“Echo”)。

六、接受申請之有效時間

- 由即日起至 2019 年 12 月 31 日。
- 申請人需填妥申請表格，連同證明文件發出日期的一年內遞交予心律會。證明文件如以上第四部份 i. 所提及。

七、提交文件清單

- 已填妥及簽署申請表格正本；
- 申請人之香港身份證 副本；
- 離世者之香港身份證 副本 (如適用)；
- 申請人的監護人之香港身份證 副本 (如申請人未滿 18 歲，必需提供此副本)；
- 證明文件 副本 (如第四部份 i. 提及)。

請注意：

- 「直屬家庭成員」意指父母、兄弟姊妹、子女。
- 填妥的申請表格及相關文件，可透過親身遞交或郵寄予心律會辦事處 (香港九龍新蒲崗大有街 22 號 9/F)。如親身遞交，請先致電心律會預約時間。
- 申請人必須遵守此計劃細則，心律會保留最終批核及發出資助之決定權。
- 每名申請人只能申請此計劃一次，已完成計劃人士不得再次申請。

《收集個人資料的聲明》

收集資料的目的

心律會使用此計劃所收集的資料作下列相關用途：

- 在此計劃下辦理您的申請，並在有需要時與您聯絡；
- 根據您提供的資料作核對，以確定您是否符合此計劃的資格；
- 作統計用途，但所得的統計數字，會以不能辨識任何當事人或其中有關人士身份的形式發表；
- 在查詢個案中便利溝通或跟進。

詳情請參閱心律會私隱政策 (www.sadshk.org/zh/privacy.php)

如有查詢，請聯絡心律會：

電話：2354 3776

電郵：info@sadshk.org

地址：香港九龍新蒲崗大有街 22 號 9/F



「SADS 心臟專科門診」資助先導計劃 《申請表格》

請注意：

- 需於證明文件發出日期的一年內遞交予心律會，詳情請先細閱《申請指引》。
- 填妥的申請表格及連同相關文件，可透過親身遞交或郵寄予心律會辦事處，請註明：「SADS 心臟專科門診」資助先導計劃。如對此計劃任何查詢，請致電心律會 2354 3776。

申請期限

由即日起至 2020 年 12 月 31 日

第一部份 申請人個人資料

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

性別：男 / 女 出生日期 (年/月/日)：____ / ____ / ____ 香港身份證號碼：_____ ()

聯絡資料 (如申請人未滿 18 歲，請填寫監護人聯絡資料)

聯絡電話號碼：_____ (住宅) _____ (手提電話)

通訊地址：_____

電郵地址：_____

申請資格 (請於有關空格內)

A. 家庭病歷中，離世者 (5-40 歲) 與 SADS 或不明原因心臟性猝死有關：

- 心臟科醫生診症或有關專科醫生之轉介，例如：病理學、衛生署醫學遺傳服務、本港大學醫療研究；或
- 離世者死亡證 (備註是心臟性猝死基因變異或是 SADS 有關病症)；或
- 其他可證明離世者患有 SADS 有關病症的醫療文件：_____

B. 家庭病歷中，並未有猝死個案：(無需填寫 第二部份)

- 獲衛生署醫學遺傳服務轉介。

第二部份 離世者資料

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

性別：男 / 女 出生年份：_____ 離世年份及月份：_____ / _____

申請人與離世者之關係 (直屬家庭成員)： 父母 兄弟姊妹 子女

第三部份 申請人的監護人個人資料 (如申請人年滿 18 歲，則無需填寫此部份)

與申請人之關係： 父親 母親 法定監護人

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

香港身份證號碼：_____ ()

第四部份 聲明

本人已閱讀及完全明白「SADS 心臟專科門診」資助先導計劃之申請指引及收集個人資料的聲明。現謹此聲明：

- 這份申請表格內填報的資料及本人提交的相關文件均屬真實、完整和準確。如有虛報、隱瞞事實、提供錯誤/誤導的資料，心律會有權覆核及取消本人的申請資格，並保留採取法律追究的權利，以及要求退還全部獲發的資助款項予心律會。
- 明瞭及接納此計劃之申請指引及收集個人資料的聲明所載各款條款。
- 心律會對此表格或申請指引的擁有最終決定權。

申請人簽署：_____ 申請日期：_____