|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **락손필름코팅정150mg 환자 지원 프로그램**  **개인정보 수집·이용 및 제공 동의서** | | | |
| **성 명** |  | **연락처** |  |
| **주 소** |  | | |
| 광동제약 주식회사(이하 “회사”)는 락손필름코팅정150mg(이하 “락손정”) 처방 환자에 대해 약제비 환급 프로그램(이하 “본 사업”)을 실시하고 있으며, “본 사업”의 원활한 진행을 위해 대상 환자 분들의 개인정보 및 민감정보를 아래와 같이 처리하고자 합니다. 대상 환자 분께서는 하기 개인정보 수집·이용 및 제공에 관한 동의 내용을 읽으신 후 **동의 여부를 체크해 주시기 바랍니다.** | | | |
| **1. 개인정보 및 민감정보의 수집•이용에 관한 동의**  “회사”는 아래와 같이 “본 사업” 대상 환자의 개인정보 및 민감정보를 수집 및 이용하고자 합니다. 내용을 확인하신 후 동의 여부를 체크해 주시기 바랍니다. 환자 분께서는 아래와 같은 정보의 수집 및 이용에 동의하지 않으실 수 있습니다. 다만, 동의하지 않으실 경우 “본 사업”에 참여하실 수 없습니다. | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **정보의 종류** | **수집·이용 목적** | **수집·이용 항목** | **보유·이용 기간** | | **개인정보** | “본 사업” 대상자 자격 확인 및 “본 사업” 운영 | 성명, 성별, 생년월일, 주소, 전화번호,  은행계좌정보 | 품목허가  만료 후  10년 | | 약품의 이상사례 및 기타 안전성 정보에 대한 현황 파악, 분석 및 보건당국에 보고 | 성별, 생년월일, 전화번호 | | **민감정보** | “본 사업” 대상자 자격 확인 및 “본 사업” 운영 | 상병명, 진단명, 요양기관명, 주치의, “락손정” 투약 여부 및 투여 용량, 투약일자 및 약제비 등 의료진단서, 의료진 확인서, 진료비 세부산정내용 및 진료비 계산서·영수증, 입원사유 | | 약품의 이상사례 및 기타 안전성 정보에 대한 현황 파악, 분석 및 보건당국에 보고 | 경험한 이상사례에 대한 세부사항, 임신여부, 수유여부, 투약 제품명, 체중, 키, 현재 앓고 있는 질환, 과거 병력, 과거 제품 사용 후 경험했던 이상사례, 부작용 증상, 부작용의 시작일, 제품 사용 후 증상발현 시간, 증상이 발생한 시점, 회복여부, 증상 발현 이후 초래결과, 1회 투여량, 투여빈도, 투여기간, 제품 구매방법, 이상사례 발생 당시 함께 복용한 제품명 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **[필수]** | **위 개인정보의 수집 및 이용에** | **□ 동의합니다.**  **□ 동의하지 않습니다.** | | **[필수]** | **위 민감정보의 수집 및 이용에** | **□ 동의합니다.**  **□ 동의하지 않습니다.** |  * **뒷면에 계속** | | | |
| **2. 개인정보 및 민감정보의 제3자 제공에 관한 동의**  회사는 수집한 일반 개인정보 및 민감정보를 아래와 같이 제3자에게 제공하고자 합니다. 내용을 확인하신 후 동의 여부를 체크해 주시기 바랍니다. 환자 분께서는 아래와 같은 정보의 제3자 제공에 동의하지 않으실 수 있습니다. 다만, 동의하지 않으실 경우 본 사업에 참여하실 수 없습니다.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **제공받는 자** | **제공받는 자의 이용 목적** | **제공하는 정보의 항목** | **제공받는 자의 보유·이용 기간** | | **MMK Communications** | 락손정 환자 지원 프로그램 관리, 가입회원 서류 접수 및 확인, 가입회원 일반개인정보 및 민감정보 수집처리, 전화상담 및 안내 | 귀하가 수집 및 이용에 동의한 개인정보 및 민감정보 일체 | 5년 | | **한국 IQVIA Solutions** | 위 업무 관련 시스템 관리 (웹사이트, 이메일, 업무용 컴퓨터, 클라우드 등 IT 인프라 운영관리 및 IT 인프라 보안관리 및 유지보수 업무) | 귀하가 수집 및 이용에 동의한 개인정보 및 민감정보 일체 | 5년 | | **국민건강보험공단**  **(1577-1000)** | 재난적 의료비 지급, 환급금 적정 여부 확인 | 귀하가 수집 및 이용에 동의한 개인정보 및 민감정보 일체 중 국민건강보험공단으로부터 요청받은 사항 | 10년 | | **한국의약품안전관리원**  **(1644-6223)** | 이상사례 기타 안전성 정보 확인 | 귀하가 위 1.항에서 수집 및 이용에 동의한 개인정보 및 민감정보 일체 | 10년 | | **Chiesi Farmaceutici S.p.A(이탈리아)** | 약품의 이상사례 및 기타 안전성 정보에 대한 현황 파악, 분석 및 이탈리아 보건당국에 보고 | 귀하가 위 1.항에서 수집 및 이용에 동의한 개인정보 및 민감정보 일체 | 해당 국가에서의  제품 허가만료 후 10년 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **[필수]** | **국내/외 제3자에게 위 개인정보를 제공함에** | **□ 동의합니다.**  **□ 동의하지 않습니다.** | | **[필수]** | **국내/외 제3자에게 위 민감정보를 제공함에** | **□ 동의합니다.**  **□ 동의하지 않습니다.** |   **3. 이상사례 수집 및 추적조사에 대한 동의**  약사법 등 관계 법령에 따라 제품을 복용 또는 사용 중 확인된 이상사례 및 기타 안전성 정보(이하 “이상사례”)가 수집된 경우 수집된 개인정보 및 민감정보는 의약품 안정성 관리를 위해 보건당국 및 “락손정”의 파트너사인 Chiesi Farmaceutici S.p.A(이탈리아)에 제공되며, 해당목적 달성시까지 보유 및 이용됩니다.환자 분께서는 이와 같은 정보의 수집 및 이용에 동의하지 않으실 수 있습니다. 다만, 동의하지 않으실 경우 본 사업에 참여하실 수 없습니다.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **[필수]** | **위 이상사례 정보를 수집함에** | **□ 동의합니다.**  **□ 동의하지 않습니다.** |   **4. 추적조사에 대한 동의**  귀하께서 보고해주시는 이상사례의 보고 내용이 모호하거나 누락된 정보가 있는 경우, “회사”는 귀하께 연락을 취하여 추적조사를 실시하게 됩니다.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **[선택]** | **위 추적조사를 위한 “회사”의 연락에** | **□ 동의합니다.**  **□ 동의하지 않습니다.** |   상기 본인은 위의 사항을 모두 확인하였으며 이에 동의합니다.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **서명일** | **년 월 일** | | | | **동의인(환자 본인) 성명** |  | **서명 또는 인** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **<정보주체(환자)가 만14세 미만의 아동인 경우>**  위와 같이 개인정보 및 민감정보를 수집·이용하고, 제3자에게 제공하는 것에 동의합니다.     |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **서명일** | **년 월 일** | | | | **환자와의 관계** |  | | | | **법정대리인 성명** |  | **서명 또는 인** |  | | | | | |