

聖雅各福群會 St. James' Settlement



聖雅各福群會於1949年創辦，是一間多元化的非牟利社會服務機構，為社區內不同需要的人士，提供高質素的綜合服務，協助其自助助人，從而建立一個融合、和諧的社會。

惠澤社區藥房

惠澤社區藥房於2009年開辦，是本港首間非牟利社區藥房，服務對象為基層病患者如綜援人士、長者及低收入人士，以優惠價錢負責由醫院管理局轄下醫院及診所處方的自費藥物，令他們皆可享有適切的藥物治療。

藥房由註冊藥劑師親自主理，除提供專業的用藥知識外，並提供以下多項服務，增加病患者對正確藥物管理的認知和態度，提高其服藥依從性，同時亦可紓緩患者及照顧者沉重的經濟及生活負擔：

服務內容

- 藥物資助計劃
- 贈藥治病計劃
- 社區教育講座
- 電提服藥服務
- 到戶藥物檢視服務
- 營養福袋餽贈計劃
- 電話藥物諮詢熱線
- 診病交通費支援計劃
- 家居醫療用品支援計劃
- 知藥用藥 - 藥療輔導服務
- DRUGS GO支援病患者送藥服務

聖雅各福群會 惠澤社區藥房聯絡資訊

<https://charityservices.sjs.org.hk>



港島區

灣仔藥房：香港灣仔石水渠街85號聖雅各福群會8樓北翼 (灣仔港鐵站A3出口)

電話：2831 3289 傳真：3104 3660

九龍區

深水埗藥房：九龍深水埗福榮街188號麗盈地下7號舖 (長沙灣港鐵站A2出口)

電話：2389 9456 傳真：3104 3621

觀塘藥房：九龍觀塘成業街10號電訊一代廣場12樓C1舖 (觀塘港鐵站B1出口)

電話：2116 4958 傳真：3104 3684

新界區

火炭藥房：新界沙田火炭山尾街18-24號沙田商業中心9樓917室 (火炭港鐵站B出口)

電話：2116 1276 傳真：3104 3601



惠澤社區藥房

肺動脈高壓檢查 資助計劃



本單張是經醫生或護士提供給病人作參考之用。有關你個人的治療情況，請諮詢你的醫生以作出準確的診斷，並提供合適的治療。

肺動脈高壓檢查資助計劃

名額有限，先到先得

計劃一： 心臟超聲波檢查



計劃目的：縮短心臟超聲波檢查輪候時間，讓疑似或已確診的肺動脈高壓患者及早了解心臟健康狀況

資助金額



每位合資格申請人最高可獲資助港幣2,500元正進行心臟超聲波檢查

申請條件：

- 年滿18歲或以上，持有有效香港身份證
- 疑似或已確診的肺動脈高壓患者
- 必須已於公立醫院輪候心臟超聲波檢查，並持有由登記日起計，輪候時間超過三個月的預約證明
- 持有由醫院管理局轄下醫院心臟科或風濕科醫生發出的心臟超聲波檢查轉介信

計劃開始日期：2022年6月1日

計劃二： 「NT-proBNP」抽血檢查



計劃目的：讓疑似或已確診的肺動脈高壓患者及早進行「NT-proBNP」抽血檢查

資助金額



每位合資格申請人最高可獲資助港幣700元正進行「NT-proBNP」抽血檢查

申請條件：

- 年滿18歲或以上，持有有效香港身份證
- 疑似或已確診的肺動脈高壓患者
- 持有由醫院管理局轄下醫院心臟科或風濕科醫生發出的「NT-proBNP」抽血檢查轉介信

計劃開始日期：2024年3月15日

申請流程

Step 1

集齊所須證明文件，聯絡或親身來臨聖雅各福群會惠澤社區藥房獲取申請表進行審批。

獲通知成功申請人，可於兩個月內，自行預約：

Step 2

香港註冊私人執業心臟科專科醫生
或 香港認可資格的醫務化驗所

進行心臟超聲波檢查或「NT-proBNP」抽血檢查。完成檢查後，將收據正本郵寄或親身遞交至聖雅各福群會惠澤社區藥房。

Step 3

收據必須是在計劃開始日期後發出，申請人必須於收據發出兩個月內遞交，逾時將不獲補發。聖雅各福群會惠澤社區藥房所收取的收據正本一概不會發還給申請人。

Step 4

聖雅各福群會惠澤社區藥房會以自動轉賬方式，將資助金額直接存入申請人的銀行戶口。

備註：• 聖雅各福群會惠澤社區藥房保留修改以上細則之權利，以及任何爭議的最終決定權。

• 本資助計劃乃香港楊森大藥廠支持。聖雅各福群會惠澤社區藥房或香港楊森大藥廠有權隨時停止或更改資助的方式。

肺動脈高壓檢查資助計劃 心臟超聲波及「NT-proBNP」抽血測試

醫生轉介表

申請人姓名：_____

覆診醫院：

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 瑪嘉烈醫院 | <input type="checkbox"/> 將軍澳醫院 |
| <input type="checkbox"/> 威爾斯親王醫院 | <input type="checkbox"/> 基督教聯合醫院 |
| <input type="checkbox"/> 屯門醫院 | <input type="checkbox"/> 雅麗氏何妙齡那打素醫院 |
| <input type="checkbox"/> 伊利沙伯醫院 | <input type="checkbox"/> 仁濟醫院 |
| <input type="checkbox"/> 瑪麗醫院 | <input type="checkbox"/> 博愛醫院 |
| <input type="checkbox"/> 東區尤德夫人那打素醫院 | <input type="checkbox"/> 其他醫院：_____ |

申請人醫療狀況：

- 申請人疑似確診肺動脈高壓 (Suspected)
 申請人已確診肺動脈高壓 (Reassessment)

申請計劃：

- 計劃一：心臟超聲波檢查
 計劃二：「NT-proBNP」抽血檢查

醫生姓名：_____

日期：_____

醫生簽署：_____

(以下資料只供醫生適用)

Check list of Echocardiographic parameters for the evaluation of PH

RVSP Peak TRV

The Ventricles

RV/LV basal diameter/area ratio TAPSE/sPAP ratio LVEI (optional)

Pulmonary artery

RVOT AT Early diastolic pulmonary regurgitation velocity (optional)

Inferior vena cava and Right atrium IVC diameter RA area

Abbreviation: LVEI: Left ventricle eccentricity index; TAPSE: tricuspid annular plane systolic excursion; sPAP: systolic pulmonary arterial pressure; RVOT AT: Right ventricular outflow tract acceleration time; PA diameter: Pulmonary artery diameter; AR diameter: aortic root diameter; IVC diameter: Inferior vena cava diameter; RA area: Right atrium area