



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目 低保/特药患者告知书

(2018 年 1 月版)

亲爱的患者：

中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目是中华慈善总会接受英国阿斯利康公司捐赠的易瑞沙药品而设立的慈善项目，由中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目办公室进行独立审核及管理（以下简称“项目办”）。现将项目相关事宜作如下通告：

援助对象：患者知晓自己患复治的原发性肺癌，经医学评估确认为符合易瑞沙适应症，经济上无法支付服用易瑞沙费用的中国大陆低保患者及江苏省特药患者。因为援助数量有限，满足上述条件并不等于一定能得到援助。

患者医学条件：

- 经病理学或细胞学证实的符合易瑞沙适应症的原发性IIIB 或者IV期的非小细胞肺癌。
- 易瑞沙治疗之前必须经影像学检查，确认存在病灶。
- 一线适应症患者，EGFR 基因检测结果必须为阳性的（组织标本或血液标本检测均可接受）；二线适应症患者服用易瑞沙前必须接受过至少一次抗肿瘤的化疗。
- 患者体力状态 KPS>60 分。
- 患者不存在使用易瑞沙的禁忌症。

患者经济条件：

- 经相关机构证实，在确诊为非小细胞肺癌前就办理了低保证（区县级以上颁发），且至今享受低保金领取待遇，经济上无法支付服用易瑞沙费用的中国大陆低保患者。
- 经江苏省相关机构证实在确诊为非小细胞肺癌后办理了《特药待遇证》，并服用易瑞沙药品，且至今享受特药待遇的江苏省患者。

项目申请规定：

- 满足上述医学和经济条件的患者，自愿申请本项目，并确保提交的全部资料真实准确。
- 患者按时到项目注册医生处进行医学检查及评估，确认符合医学条件，并由注册医生在《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目低保/特药患者医学条件确认表》上签字盖章确认。（项目注册医生是具有执业医师资格，自愿义务加入慈善项目的医务志愿者。主要承担的慈善项目职责是为申请患者进行医学评估；为已经获得项目援助的患者开具项目专用处方；为复查随访的患者进行医学评估；同意接收病情稳定的已经获得项目援助的异地或外院患者。）
- 患者按照《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目低保/特药患者申请表》中填表说明的要求准备资料，邮寄到项目办进行审核，或通过网上申请平台（<http://shenqing.ccfpap.org/index/>）进行申请。审核次序根据项目办每次接收到患者资料的时间先后次序而定。
- 项目办每次收到患者资料后，审核时间为 10 个工作日。逾期未接到审核结果通知的患者，请主动来电查询审核结果。

项目申请所需资料：

患者身份证复印件 1 份；所有家庭成员户口本复印件 1 份；患者 1 寸彩色免冠证件照 1 张（不含已粘贴在申请表上的）；低保证复印件及低保金领取记录/江苏省特药待遇证复印件（需加盖发证机关公章）；填写完整的《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目低保/特药患者申请表》；由项目注册医生签字盖章的《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目低保/特药患者医学条件确认表》；患者门诊病历原件或住院病历复印件加盖医院公章（务必包括病理诊断报告）。

项目援助规定：

- 已经批准获得援助的患者，等待项目办的短信通知，按照项目规定接受援助。
- 每 30 个自然日，按时前往项目指定发药点领取援助药品（每次领取 30 片），药品内外包装需要当场回收。（发药点是中华慈善总会委托的地方慈善机构协助发放援助药品的场地。）
- 每 30 个自然日，前往注册医生处进行医学评估，并开具项目专用处方签，处方签有效期为 10 个自然日。
- 每 60 个自然日，前往注册医生处进行复查随访评估，并进行 CT 或 MRI 检查，由注册医生在《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目患者随访表》中签字盖章确认，CT 或 MRI 检查报告需由影像科医生与注册医生共同签字，方可有效。患者需要将该表格和 CT 或 MRI 检查报告单一同邮寄至项目办

进行审核，项目办将在收到资料后进行审核，审核时间为3个工作日。如您随访审核通过，我们将直接通知发药点；如果您随访审核未通过，我们将及时通知您。在此期间，患者可主动来电查询审核结果。（低保/特药患者获得援助后的前两次随访周期为30个自然日，自第61个自然日起，随访周期为60个自然日。）

- 中华慈善总会及相关审计部门有权随时对受助患者的医学及经济情况进行抽查复核，请患者妥善保存您在申请及受助期间的病历资料，包括但不限于影像学检查原始片子。

患者出组标准：

已经获得援助的患者在出现以下任何一个情况时，将自动退出项目：

- 患者去世。
- 患者自动放弃援助资格。
- 经注册医生评估患者按照 RECIST 标准出现肿瘤进展（包括原有病灶增大或出现任何的新转移灶）。
- 经注册医生评估患者服用易瑞沙出现严重不良反应。
- 患者不能按项目规定按时领取援助药品。
- 患者不能按项目规定按时开具项目专用处方、复查随访并进行 CT 或 MRI 检查。
- 患者受助期间，经济条件变化而不再符合项目援助范围。
- 提供不实的医学、经济、身份证明等资料。
- 患者将援助药品出售或转赠他人。
- 患者不能配合抽查或抽查结果不合格。
- 患者及家属严重干扰中华慈善总会、地方慈善会发药点、注册医生等项目相关人员正常工作秩序，或为了得到项目援助，向上述机构或人员行贿的。
- 因不可抗力致使项目终止。

中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目联系方式：

- 项目热线：4006288080
- 项目网站：www.iressaccf.org.cn （项目表格请从该网站下载, 使用 A4 纸张打印或复印）
- 邮寄地址：北京市 100034 信箱 29 分箱 （请务必通过中国邮政 EMS 邮寄）
- 收件人：易瑞沙项目

特别声明：

- 中华慈善总会对患者信息将严格保密，患者信息仅用于项目管理、执行和审计，以及患者户籍或医保所在地相关政府部门。
- 患者因任何原因退出项目时，请您及时将剩余的易瑞沙慈善援助药片交回至发药点，凡倒卖、转赠慈善援助药品的，中华慈善总会有权追究患者的相应责任。
- 在申请、受助过程中，患者本人及家属言行对中华慈善总会及合作方造成损失的，患者及家属要承担相应的责任。
- 本项目为慈善项目，患者自愿申请。中华慈善总会对患者的身体状况、病情及治疗不承担任何责任和义务。
- 患者在服药过程中出现的不可预知的不良事件（如药物不良反应等），请患者及时咨询医生，并按照医生的医嘱决定用药与否。
- 项目相关规定均以中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目办公室发布的正式信息为准，中华慈善总会不为患者误听误信其它渠道信息产生的后果承担责任。
- 在申请、受助期间，患者及家属应该保证联系方式畅通，同时主动拨打项目热线电话咨询、登陆项目官方网站查询相关信息，患者联系方式变更时，应及时通知项目办。凡因患者自身原因导致的沟通不畅、提交资料不合格、准备资料时间过长等因素，而造成患者服药中断、受助延误、病情进展等后果，中华慈善总会不承担责任。
- 因不可抗力导致的患者无法得到项目援助的，中华慈善总会不承担责任。
- 对项目申请和受助过程中出现的任何问题，患者及家属与中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目办公室协商解决。协商不成，向中华慈善总会所在地法院提起诉讼，由法院判决。
- 中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目办公室对项目拥有最终解释权。





中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目

低保/特药患者知情同意书

(2018 年 1 月版)

患者本人在此申明：我知晓自身病情，自愿按照程序申请中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目，我已经完全知晓《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目低保/特药患者告知书》的全部内容。

患者本人在此郑重承诺：我体力状态能够做到按时前往发药点领取援助药品，按时到注册医生处进行复查随访。在申请、受助期间，均提供真实准确的资料，愿意接受中华慈善总会的调查核实及审计抽查，同意并将严格遵守项目的各项规定。我愿意承担未如实申报或违反项目任何规定所产生的包括申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。如患者本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会以及地方慈善机构发药点、注册医生等项目合作方造成损失的，我将承担相应责任。

患者姓名（正楷）：

患者签字：

签字日期：

患者保留



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目

低保/特药患者知情同意书

(2018年1月版)

患者本人在此申明：我知晓自身病情，自愿按照程序申请中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目，我已经完全知晓《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目低保/特药患者告知书》的全部内容。

患者本人在此郑重承诺：我体力状态能够做到按时前往发药点领取援助药品，按时到注册医生处进行复查随访。在申请、受助期间，均提供真实准确的资料，愿意接受中华慈善总会的调查核实及审计抽查，同意并将严格遵守项目的各项规定。我愿意承担未如实申报或违反项目任何规定所产生的包括申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。如患者本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会以及地方慈善机构发药点、注册医生等项目合作方造成损失的，我将承担相应责任。

患者姓名（正楷）：

患者签字：

签字日期：

中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目

低保/特药患者申请表

(2018 年 1 月版)

姓名:		姓名汉语拼音:		照片
性别:	年龄:	移动电话:		
身份证号:		固定电话:		
第一联系人姓名:		电话:	与患者关系:	
第二联系人姓名:		电话:	与患者关系:	
邮寄地址及邮政编码:				
现或原工作单位 名称及职务			电话	
当地民政局或者街道 街道办事处、乡镇政府 名称			电话	
低保证/特药证编号			发证 日期	
发证机构				
当地民政局或者街道办事处、乡镇政府核准患者 确系为低保, 丧失治疗的经济能力 (公章) 经办人签字: 年 月 日			中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目办公室意见 (此栏无需患者填写) 年 月 日	

1. 本表可由患者本人或者直系亲属填写, 其中患者签字部分务必由患者本人填写, 如患者无法写字, 需要家属代签字后, 由患者本人在自己签名处加盖手印。
2. 本表需要患者用钢笔或者圆珠笔逐栏正楷填写, 不得涂改, 不得空缺, 没有填“无”。
3. 本表盖章处由当地民政局或者所在辖区街道办事处、乡镇人民政府进行盖章证明。



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目

低保/特药患者医学条件确认表

(2018 年 1 月版)

所在医院		填表医生	
患者姓名		年龄	
性别	☐ 男 ☐ 女	吸烟状况	☐ 否 ☐ 是
疾病诊断		首次诊断时间	
肿瘤病理类型		服药前肿瘤分期	
是否行基因检测	☐ 否 如果是，检测结果： ☐ 阴性 ☐ 阳性		
是否化疗	☐ 否 如果是， ☐ 新辅助/辅助 ☐ 针对局部晚期或转移性 NSCLC 进行的系统化疗 (末次姑息化疗时间：)		
服药前是否经影像学检查存在病灶	☐ 否 ☐ 是	患者是否存在使用易瑞沙的禁忌症	☐ 否 ☐ 是
是否建议患者采用易瑞沙治疗	☐ 否 ☐ 是	患者目前体力状态 (KPS 评分)	
填表时间		项目注册医生 签字盖章确认	

填表说明：1、此表由医生填写，注册医生签字盖章确认，不得空缺，有效期 1 个月。

2、本表填好后，由患者连同其余申请资料一同邮寄到中华慈善总会易瑞沙项目指定信箱地址：北京市 100034 信箱 29 分箱。收件人：易瑞沙项目。