



中华慈善总会 易瑞沙慈善援助项目 申请指南



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目联系方式:

官方网站: <http://www.iressaccf.org.cn>

(申请所需表格请从该网站下载, 使用A4纸打印或复印)

项目热线: 010-83368380、83368381、83368382 (工作日 9:00-11:30, 13:00-17:00)

传真电话: 010-83368388

电子邮箱: iressaccf@vip.sina.com

邮寄地址: 北京市100034信箱29分箱 (仅接收中国邮政EMS)

收件人: 易瑞沙项目

(此申请指南仅供参考, 最终援助情况请以项目办审核结果为准)

致患者朋友的一封信

亲爱的患者朋友及家属，你们好！

肺癌是我国目前发病率较高的恶性肿瘤之一，其中，小细胞肺癌约占20%，非小细胞肺癌约占80%。近年来，靶向治疗药物广泛应用于临床，在提高治疗效果的同时，毒副作用大大减轻，显著提高了癌症患者的生存质量。

易瑞沙是阿斯利康公司研发生产的肺癌靶向治疗药品，自2005年在中国大陆上市以来，取得了良好的疗效。

为了救助贫困患者，阿斯利康向中华慈善总会无偿捐赠易瑞沙药品，由中华慈善总会设立易瑞沙慈善援助项目，对符合易瑞沙适应症的低保及江苏特药患者直接给予援助；为了使更多的患者得到帮助，项目还对那些已经使用易瑞沙进行治疗并获得显著疗效，但因经济原因无法继续接受治疗的晚期非小细胞肺癌患者给予救助。通过此医疗救助项目的运行，切实减轻了患者及其家庭的经济负担，延长患者的生存周期，改善患者的生活质量。

在项目开展过程中，我们发现有部分申请项目的患者对项目情况及各项流程不是很熟悉，为了更好的全面的服务患者，现制作此患者手册，为您在申请及后续项目援助中提供指引。

本手册在结构上主要分为两个部分：第一部分，主要介绍项目申请的各项流程，包括项目申请流程、药品领取流程、随访流程等。第二部分，主要介绍项目申请表填写的注意事项。

中华慈善总会作为我国慈善事业的发起人，在患者慈善援助方面不断总结经验，在肺癌援助的道路上一如既往的坚守并前行，希望通过我们点点滴滴的努力，让易瑞沙慈善援助项目成为陪伴肺癌患者走过黑夜的一束光，突破疾病划下的期限，延续这珍贵又充满爱的生命路程。

中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目
2021年3月

患者线上申请流程



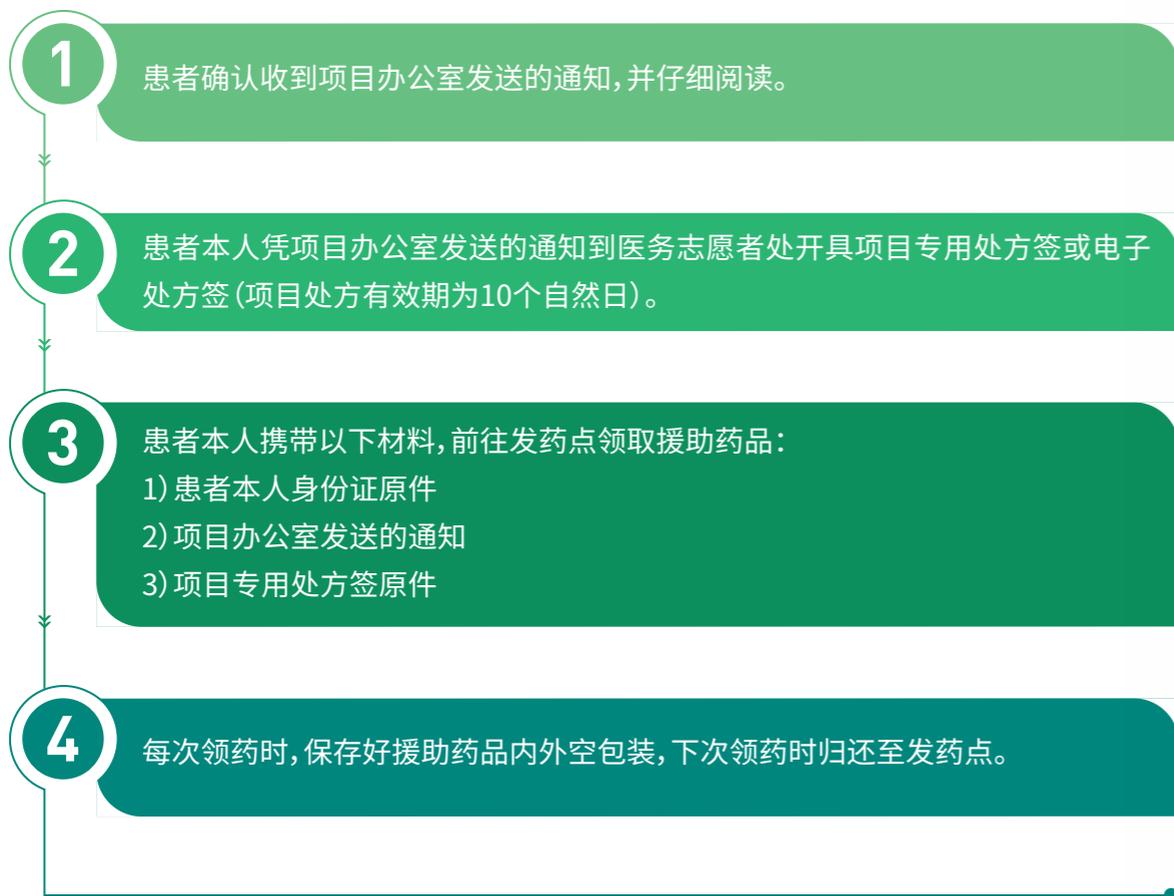
低保患者线下申请流程



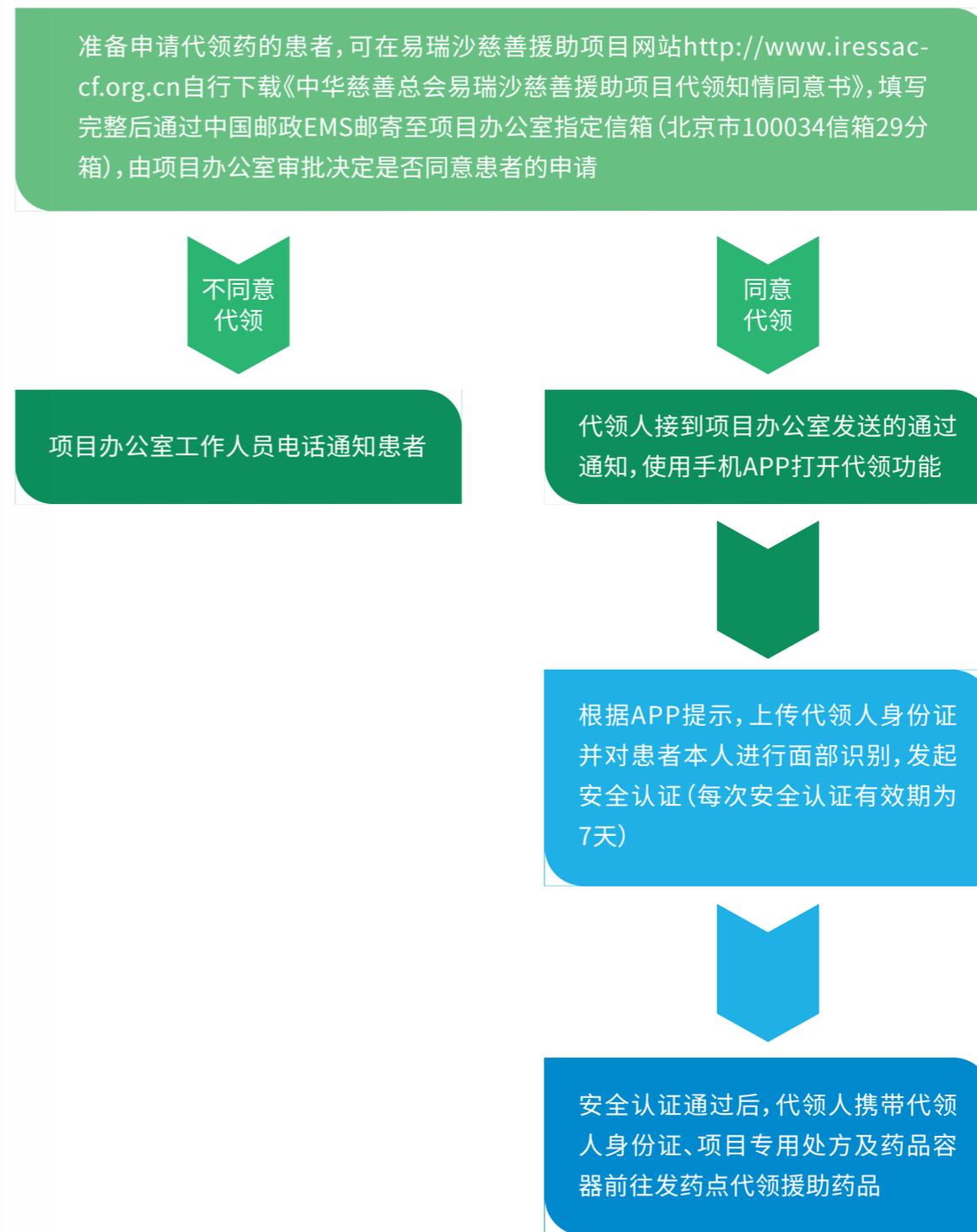
非低保患者线下申请流程



领取援助药品流程



患者代领申请及开通流程



患者线上随访流程



患者线下随访流程



非低保患者申请表



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目 非低保患者告知书 (2020年9月版)

请逐条阅读确保对告知书内容已全面了解,并在知情同意书上签字。

亲爱的患者:

中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目(以下简称“易瑞沙项目”)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(以下简称“项目办”)进行独立管理。现将项目相关事宜作如下通告:

以下内容请患者在准备申请材料时逐条仔细阅读,确认无误后,请在非低保患者知情同意书上签字。

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药品适应症,经过8个月易瑞沙持续治疗获得明确疗效且没有严重不良反应,经济上无法支付继续服用易瑞沙费用的中国大陆患者。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、IIIC 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。
- 准备申请本项目的患者,服用易瑞沙期间不得再进行其他抗肿瘤的化疗,且没有其他与易瑞沙治疗相抵触的临床状况。
- 有足够的临床证据证明患者能够从易瑞沙治疗中获益且无严重不良反应。(获益是指肿瘤病灶按照 RECIST 评价标准没有进展;无严重不良反应是指未发生因易瑞沙治疗引起的不可逆转或者不可耐受的伤害)。
- 患者体力状态 KPS>60 分。

患者经济条件:

经相关机构证实的长期服药的经济贫困患者。

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。
- 患者按时到项目医学志愿者处进行医学检查及评估,确认符合医学条件,并且按照项目要求经过易瑞沙持续治疗,由医学志愿者在《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目医学条件确认表》上签字盖章确认。(项目医学志愿者是具有执业医师资格,自愿义务加入慈善项目的医生。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非低保患者申请表》中的要求准备材料,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:

见《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目非低保患者申请材料核对表》按照项目要求准备材料。

项目援助规定:

- 已经批准获得援助的患者,按项目办的短信通知或中慈助医(患者端)易瑞沙 APP 消息通知的项目规定接受援助。(中慈助医(患者端)易瑞沙 APP 可在项目官网首页扫描相对应的二维码下载)
- 每 30 个自然日,前往医学志愿者处进行医学评估,并开具项目专用处方签,处方签有效期为 10 个自然日。并按时前往项目指定发药点领取援助药品(每次领取 30 片),妥善保存药品内外包装,下次领药时归还发药点,因不能如数交回易瑞沙援助药品使用后外包装及全部铝塑板的患者,其责任及一切后果由患者自行承担。(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 60 个自然日,前往医学志愿者处进行复查随访评估,并进行 CT 或 MRI 检查,由医学志愿者在《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 检查报告需由医学志愿者签字,方可有效。患者需要将随访表和 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。随访审核的最终结果,项目办将短信通知,在此期间,患者可主动来电查询审核结果。

- 开通代领资格的患者,需要在中慈助医(患者端)易瑞沙 APP 里的代领药设置页面上上传代领人的身份信息,每次领药前在随访页面给患者进行安全认证(安全认证有效期为 7 个自然日),认证通过后代领人按照项目规定前往发药点领取援助药品。(未开通代领资格的患者本人亲自前往发药点领取援助药品)。
- 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,请患者及时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。

患者在援助期间出现上述任何情况,项目办将取消其援助资格。

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。
- 经医学志愿者评估患者按照 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)。
- 经医学志愿者评估患者服用易瑞沙出现严重不良反应。
- 患者在受助期间进行化疗。
- 患者不能按项目规定按时领取援助药品,且未主动联系项目办说明原因的,将视为自动放弃援助资格。
- 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。
- 患者在受助期间,因经济条件变化而不再符合项目援助范围。
- 患者提供不实的医学、经济、身份证明等资料。
- 患者将援助药品倒卖或转赠(借)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、医学志愿者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。
- 因不可抗力或不可预见因素(如国家政策改变等)导致患者退组或项目终止。

中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目联系方式:

- 项目热线: 010-83368380/83368381/83368382
- 工作时间: 周一至周五 9:00-11:30 13:00-17:00, 法定节假日除外
- 项目官网: www.iressaccf.org.cn (申请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: 易瑞沙慈善援助项目

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,务必将未服用过的援助药品、未归还的药品外包装及铝塑板全部退回发药点,凡倒卖、转赠(借)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,需患者本人或家属直接申请,项目不接受任何其他人代表患者进行项目申请。
- 患者应遵从医嘱接受治疗,以规范治疗为原则,按项目规定定期随访,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。中华慈善总会不会对患者的身体状况、病情及治疗不承担任何责任和义务。
- 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。如有任何问题请致电项目热线,也可登录项目官网查询。
- 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。
- 在援助过程中,因无法抗拒原因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,可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
非低保患者申请材料核对表
(2020年9月版)

患者申请援助所需资料, 请按要求准备。

序号	类别	材料名称	完成 请打√
1	身份证明	患者中华人民共和国二代居民身份证正反面复印件及户口本常住人口登记卡页复印件各 1 份	
		患者近期 1 寸彩色免冠证件照 1 张 (不含已粘贴在申请表上的)	
		患者配偶 户口本常住人口登记卡页复印件 1 份	
		患者父母户口本常住人口登记卡页复印件 1 份 (注: 18 周岁以上 22 周岁以下的患者提交)	
2	经济证明	《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目非低保患者知情同意书》1 份	
		《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目非低保患者申请表》1 份	
		《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目患者及配偶经济情况登记表》1 份	
		《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目患者父母经济情况登记表》1 份 (注: 18 周岁以上 22 周岁以下的患者提交此表)	
3	医学证明	《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目患者医学条件确认表》1 份	
		确诊为非小细胞肺癌的病理诊断报告单原件或加盖医院章的复印件等病历资料 (注: 病理诊断报告包含常规病理诊断报告、术中快速切片病理报告、液基细胞学病理报告、免疫组化病理报告等)	
4	服用易瑞沙证明	<p>近期连续 8 个月购买易瑞沙发票:</p> <p>▲必须通过正规渠道购买易瑞沙, 提供正规发票。</p> <p>▲原始发票中相关信息未显示的 (如无药品名称、购买数量、单价) 需要提供相应的购药明细清单原件。</p> <p>▲已报销 (非全额) 的发票可以提供复印件, 并加盖报销单位章。</p> <p>▲发票日期应为患者的实际购药日期, 若发票存在后补开的情况需要在补开发票备注一栏注明实际购药日期或提供补开发票证明。</p> <p>▲不符合项目规定的发票, 将被视为无效发票, 包括但不限于: 无单位名称发票; 无患者本人姓名发票; 非患者本人姓名发票; 无购药日期; 无药品名称、购买数量、单价等信息且不能提供购药明细清单原件的、已享受易瑞沙全额报销的发票。</p>	

备注:
1、请患者按照项目要求逐栏准备申请材料, 准备完毕后请打“√”确认。
2、患者在填写申请表时请仔细阅读表格下方的填表说明。



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目
非低保患者知情同意书
(2020年9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非低保患者申请表》中的全部内容。

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, 按时到医务志愿者处进行复查随访。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、医务志愿者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:

患者签字日期: 年 月 日

由患者签字。

备注: 若患者无法签字, 由家属代签, 患者按手印



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目

非低保患者申请表

(2020年9月版)

患者姓名: xxx	性别: x	患者近期1寸 彩色免冠证件照
身份证号: xxxxxxxxxxxxxxxx	联系电话: 138xxxxxxxx	
邮寄地址: xx省xx市xx区xxx(详细可接收快递地址)		
患者紧急联系人1: xxx	与患者关系: 夫妻	联系电话: 138xxxxxxxx
患者紧急联系人2: xxx	与患者关系: 父子	联系电话: 138xxxxxxxx
患者本人是否拥有高额资产:		
<input type="checkbox"/> 否		
<input checked="" type="checkbox"/> 是 如实勾选		
如果选“是”请详细注明所拥有高额资产的具体情况(含高档房产、高档汽车、金融资产、私营企业等):		
以下部分无需申请人填写		
中华慈善总会易瑞沙患者援助项目办公室审批意见		
年 月 日		

填表说明:

- 此表建议用黑色签字笔逐栏正楷填写,不得空缺,不得涂改。
- 对于拥有以下任意一项高额资产的需要按如下要求申报。
 - A) 高档房产(请写明房屋地址、建筑面积、产权所有人)
 - B) 高档汽车(请写明品牌型号、购买时间、购买价格)
 - C) 金融资产(包括存款、股票、基金、债券等,请写明填报时金额)
 - D) 私营企业(请注明公司名称、成立时间、注册资本)



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目

患者及配偶经济情况登记表

(2020年9月版)

患者姓名: xxx	年龄: xx	联系电话: 138xxxxxxxx	婚姻状况: 已婚/未婚 离异/丧偶
请您勾选工作情况: <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 个体 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 其他_____			
工作单位名称:		工作部门及职务:	
上年度总收入(包括税后工资、奖金及其他零散收入): _____元			
证明人职务:	证明人签字:	证明人联系电话:	
证明单位盖章:			
(公章)			
年 月 日			
配偶姓名: xxx			
年龄: xx			
联系电话: 138xxxxxxxx			
请您勾选工作情况: <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 个体 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 其他_____			
工作单位名称:		工作部门及职务:	
上年度总收入(包括税后工资、奖金及其他零散收入): _____元			
证明人职务:	证明人签字:	证明人联系电话:	
证明单位盖章:			
(公章)			
年 月 日			

填表说明:

- 此表建议用黑色签字笔逐栏正楷填写,不得空缺,不得涂改。
- 有固定工作者需目前所在单位盖章证明,学生需所在学校盖章证明。临时工作、退休、个体、务农、无业及其他工作者需到当地民政局或所在辖区乡镇政府、街道办事处、居委会/村委会盖章证明。
- 患者未婚、离异、丧偶无需填写配偶信息。
- 个体经营者需提供营业执照复印件。

如实填写

必须加盖公章

如实填写

必须加盖公章

仔细阅读,
按要求填写

低保患者申请表



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目 患者父母经济情况登记表

(2020年9月版)

患者父亲姓名: xxx	年龄: xx	联系电话: 138xxxxxxxx
请您勾选工作情况: <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 个体 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 其他_____		
工作单位名称:	工作部门及职务:	
上年度总收入(包括税后工资、奖金及其他零散收入): _____元		
证明人职务:	证明人签字:	证明人联系电话:
证明单位盖章: (公章)		
年 月 日		

如实填写

必须加盖公章

患者母亲姓名: xxx	年龄: xx	联系电话: 138xxxxxxxx
请您勾选工作情况: <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 个体 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 其他_____		
工作单位名称:	工作部门及职务:	
上年度总收入(包括税后工资、奖金及其他零散收入): _____元		
证明人职务:	证明人签字:	证明人联系电话:
证明单位盖章: (公章)		
年 月 日		

如实填写

必须加盖公章

填表说明:

- 1、18周岁以上22周岁以下的患者父母填写此表, 建议用黑色签字笔逐栏正楷填写, 不得空缺, 不得涂改。
- 2、有固定工作者需目前所在单位盖章证明, 临时工作、退休、个体、务农、无业及其他工作者需到当地民政局或所在辖区乡镇政府、街道办事处、居委会/村委会盖章证明。
- 3、个体经营者需提供营业执照复印件。

仔细阅读,
按要求填写



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目 低保/特药患者告知书 (2020年0月版)

请逐条阅读确保对告知书内容已全面了解, 并在知情同意书上签字。

亲爱的患者:

中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目(以下简称“易瑞沙项目办”)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(以下简称“项目办”)进行独立管理。现将项目相关事宜作如下通告:

以下内容请患者在准备申请材料时逐条仔细阅读, 确认无误后, 请在低保/特药患者知情同意书上签字。

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、IIIc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学治疗。
- 患者体力状态KPS>C0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确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。
- 患者按时到项目医务志愿者处进行医学检查及评估, 确认符合医学条件, 并由医务志愿者在《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。(项目医务志愿者是具有执业医师资格, 自愿义务加入慈善项目的医生。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》中的要求准备材料, 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:

见《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目低保/特药患者申请材料核对表》按照项目要求准备材料。

项目援助规定:

- 已经批准获得援助的患者, 按项目办的短信通知或中慈助医(患者端)易瑞沙APP消息通知的项目规定接受援助。(中慈助医(患者端)易瑞沙APP可在项目官网首页扫描相对应的二维码下载)
- 每30个自然日, 前往医务志愿者处进行医学评估, 并开具项目专用处方笺, 处方笺有效期为10个自然日。并按时前往项目指定发药点领取援助药品(每次领取30片), 妥善保存药品内外空包装, 下次领药时归还发药点, **因不能如数交回易瑞沙援助药品使用后外包装及全部铝塑板的患者, 其责任及一切后果由患者自行承担。**(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C0个自然日, 前往医务志愿者处进行复查随访评估, 并进行CT或MRI检查, 由医务志愿者在《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检查报告需由医务志愿者签字, 方可有效。患者需要将随访表和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。随访审核的最终结果, 项目办将短信通知, 在此期间, 患者可主动来电查询审核结果。(患者获得援助后的前两次随访周期为30个自然日, 自第C1个自然日起, 随访周期为C0个自然日。)



患者在援助期间出现上述任何情况,项目办将取消其援助资格。

- 开通代领资格的患者,需要在中慈助医(患者端)易瑞沙APP里的代领药设置页面上上传代领人每次领药前在随访页面给患者进行安全认证(安全认证有效期为7个自然日),认证通过后项目规定前往发药点领取援助药品。(未开通代领资格的患者本人亲自前往发药点领取援助药品)
- 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: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。
- 经医务志愿者评估患者按照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)。
- 经医务志愿者评估患者服用易瑞沙出现严重不良反应。
- 患者在受助期间进行化疗。
- 患者不能按项目规定按时领取援助药品,且未主动联系项目办说明原因的,将视为自动放弃援助资格。
- 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,因经济条件变化而不再符合项目援助范围。
- 患者提供不实的医学、经济、身份证明等资料。
- 患者将援助药品倒卖或转赠(借)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、医务志愿者等项目相关人员正常工作秩序,或为了得到项目援助,向上述机构或人员进行行贿的。
- 因不可抗力或不可预见因素(如国家政策改变等)导致患者退组或项目终止。

中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目联系方式:

- 项目热线: 010-833C8380、833C8381、833C8382
- 工作时间: 周一至周五: 00-11: 30 13: 00-17: 00, 法定节假日除外
- 项目官网: www.iressaccf.org.cn (申请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20分箱 (请务必通过中国邮政EMS邮寄)
- 收件人: 易瑞沙慈善援助项目

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,务必将未服用过的援助药品、未归还的药品外包装及铝塑板全部退回发药点,凡倒卖、转赠(借)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,需患者本人或家属直接申请,项目不接受任何其他人员代表患者进行项目申请。
- 患者应遵从医嘱接受治疗,以规范治疗为原则,按项目规定定期随访,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。中华慈善总会对患者的身体状况、病情、用药及治疗不承担任何责任和义务。
- 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信其它渠道信息产生的后果承担责任。如有任何疑问请致电项目热线,也可登录项目官网查询。
- 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。
- 在援助过程中,因无法抗拒原因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,可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。



患者申请援助所需资料,请按要求准备。



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目

低保/特药患者材料核对表

(2020年0月版)

序号	类别	材料名称	完成 请打√
1	身份证明	患者中华人民共和国二代居民身份证正反面复印件及户口本常住人口登记卡页复印件各1份	
		患者近期1寸彩色免冠证件照1张(不含已粘贴在申请表上的)	
2	经济证明	《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目低保/特药知情同意书》1份	
		《中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目低保/特药患者申请表》1份	
3	低保/特药证明	患病前的低保证复印件1份、患者领取低保金记录1份(低保患者提供) 江苏特药待遇证复印件1份(特药患者提供)	
4	医学证明	《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》1份	
		确诊为非小细胞肺癌的病理诊断报告单原件或加盖医院章的复印件等病历资料 (注:病理诊断报告包含常规病理诊断报告、术中快速切片病理报告、液基细胞学病理报告、免疫组化病理报告等)	

备注:

- 1、请患者按照项目要求逐栏准备申请材料,准备完毕后请打“√”确认。
- 2、患者在填写申请表时请仔细阅读表格下方的填表说明。



中华慈善总会易瑞沙患者援助项目 低保/特药患者知情同意书

(2020年0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/特药患者申请表》中的全部内容。

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，按时到医务志愿者处进行复查随访。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、医务志愿者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：

患者签字日期： 年 月 日

由患者签字。

备注：患者无法签字的，由家属代签，患者按手印



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目 低保/特药患者申请表

(2020年0月版)

患者姓名: xxx	性别: x	患者近期1寸彩色 免冠证件照
身份证号: xxxxxxxxxxxxxxxx	联系电话: 138xxxxxxxx	
邮寄地址: xx省xx市xx区xxx(详细可接收快递地址)		
患者紧急联系人1: xxx	与患者关系: 夫妻	联系电话: 138xxxxxxxx
患者紧急联系人2: xxx	与患者关系: 父子	联系电话: 138xxxxxxxx
患者本人是否享受低保/特药: <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是 如实填写 开始享受低保/特药时间: 年 月 日 低保/特药审批单位盖章: <p style="text-align: center;">务必盖章</p>		
		(公章)
		年 月 日
以下部分无需申请人填写		
中华慈善总会易瑞沙患者援助项目办公室审批意见		
		年 月 日

填表说明：
1、此表建议用黑色签字笔逐栏正楷填写，不得空缺，不得涂改。
2、开始享受低保/特药时间请参考低保/特药证上的发证时间。

关于项目规则和流程的常见问题

一 申请阶段

问 通过什么途径能了解易瑞沙慈善援助项目的详细情况?

答 可以拨打易瑞沙慈善援助项目热线010-83368380/83368381/83368382咨询或登陆中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目专用网站www.iressaccf.org.cn查询。

问 非病前低保患者连续服用易瑞沙满8个月就能得到援助吗?

答 连续服用易瑞沙满8个月只是申请援助的条件之一,患者必须提交相关材料经过项目办公室审核,确定符合项目条件才能获得援助。

问 申请项目援助能够提前多久邮寄材料,审批能否保证与患者自费药品衔接,不让患者断药?

答 易瑞沙项目允许患者在服完最后一盒药的日期前一个月就开始准备材料邮寄到项目办审批,但最后批准依旧以服完最后一盒药的时间为准。患者能否尽快得到援助,完全取决于递交审核材料的完整性。

问 为什么申请项目援助的患者服用易瑞沙期间不得中断超过半个月?

答 易瑞沙药品说明书上标明因毒副作用的特殊情况可以停药14天以内,患者停药半个月以上,难以证明患者服用易瑞沙获得了长期稳定的疗效。

问 患者邮寄材料到项目办,为何必须用中国邮政EMS?

答 由于项目办的邮寄地址为中国邮政的注册信箱且具体地址不对外公开,因此通过中国邮政EMS邮寄最为安全快捷。

问 申请材料审核周期为多长时间?患者如何获悉申请材料是否审核通过?

答 申请材料邮寄至项目办后,初审周期为10个工作日,如果材料有问题,经办人会及时电话联系患者或患者家属。申请材料审核通过后,根据患者的自费截止日期项目办会发送入组短信通知患者,在此期间,患者可主动来电查询审核结果。

二 援助阶段

问 领药需要携带什么材料?一次可以领多长时间的药?

答 领药需要携带患者(或代领人)身份证原件;项目医务志愿者开具的有效期10天内的项目专用处方签;上月援助药品的完整内外空包装(首次领药除外)。每次领取30天的药量【1盒(30粒)】。

问 为什么领取的易瑞沙援助药品的外包装盒和铝塑板下次领药时需要归还?

答 为了进一步规范慈善援助药品在药品流通、使用环节上的质量管理,保证患者服药安全,根据中华慈善总会统一规定,从2018年7月1日起易瑞沙援助药品在发放时不再将药品剥离铝塑板包装,患者将领取带包装的援助药品。领取援助药品后所有外包装和铝塑板需妥善保存,在下次领药时需要交给发放援助药品的工作人员。

问 为什么地方慈善会发药点不能安排每天发药?

答 中华慈善总会与各地慈善会彼此独立,合作开展项目,不存在领导与被领导的关系。许多发药员都是一人身兼数职,只能实行定时发放援助药品的办法,无法做到天天发药。

问 什么时间需要做随访?需要提交什么材料?

答 每60个自然日,患者前往医务志愿者处进行复查随访评估,并进行CT或MRI检查,由医务志愿者在《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,患者需要将随访表和CT或MRI检查报告单一同邮寄至项目办进行审核。或是通过手机APP(中慈助医)发起随访,项目医务志愿者审核(发起随访前请确认项目医务志愿者是否使用CCPAP医生端),项目办将在收到资料后进行审核,审核时间为3个工作日。随访审核的最终结果,项目办将短信通知,在此期间,患者可主动来电查询审核结果。

问 随访复查为什么必须60个自然日复查一次,且必须经过CT或核磁检查?

答 为了保证项目医务志愿者及时掌握受助患者的病情,确保患者依然持续受益,所以必须按规定做医学随访。由于低保/特药患者没有服用过易瑞沙,毒副反应是否能够耐受、效果是否良好都有待确定,因此在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。

问 是否可以申请家属代领药?

答 可以申请家属代领,需要在官网上下载代领知情同意书,按要求填写邮寄到项目办审批,代领开通后按照流程在APP上操作:登陆APP—在“我的”中点击代领药设置—打开代领功能—上传代领人的身份证—上传成功后在“随访”中点击“当前随访”,发药审批通过后会显示安全认证—领药之前给患者本人进行安全认证—认证成功家属可以代领。

问 怎样变更发药点或注册医生?

答 变更发药点首先需要患者将上次领取的援助药品空包装归还至原发药点,然后通过中慈助医APP易瑞沙项目发起线上申请,等待项目办审批。

变更注册医生有线上和线下两种方式。

线上:患者在中慈助医APP易瑞沙项目发起线上变更申请,经原注册医生和新医注册医生分别同意后提交项目办审核。

线下:患者需填写《变更发药点或注册医生申请表》,由原注册医生和新注册医生分别签字并加盖易瑞沙注册医生章后邮寄至项目办审核。

易瑞沙项目全国发药点名录(91)

安徽省	合肥	蚌埠	阜阳	芜湖			
北京市	北京						
福建省	福州	厦门	漳州	泉州			
甘肃省	兰州						
广东省	广州	深圳	茂名	湛江	珠海	梅州梅江	
广西自治区	南宁	柳州	桂林				
贵州省	贵阳						
海南省	海口						

河北省	石家庄	张家口	沧州	邯郸	唐山		
河南省	郑州	周口	安阳	南阳	濮阳		
黑龙江省	哈尔滨	齐齐哈尔					
湖北省	武汉	宜昌	襄阳				
湖南省	长沙	邵阳					
吉林省	长春	吉林					
江苏省	南京	苏州	徐州	盐城	连云港	淮安	南通
	无锡	常州	宿迁	扬州	镇江	泰州	常熟

江西省	南昌	赣州					
辽宁省	沈阳	大连	辽阳	锦州			
内蒙古自治区	呼和浩特	包头	赤峰	巴彦淖尔			
宁夏自治区	银川						
青海自治区	西宁						
山东省	济南	青岛	威海	济宁	东营	滨州	临沂
山西省	太原	晋城	大同				
陕西省	西安						

上海市	上海	上海浦西					
四川省	成都	泸州	广元				
天津市	天津						
新疆自治区	乌鲁木齐						
云南省	昆明	曲靖					
浙江省	杭州	宁波	温州				
重庆市	重庆	重庆万州					