

中华慈善总会

易瑞沙慈善援助项目低保/特药患者申请表



患者姓名: _____

申请时间: _____



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9月版)

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盒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61个自然日起，随访周期为60个自然日。）**

- 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。（未开通代领资格的需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盒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

低保/特药患者材料核对表

(2020年9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

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/特药患者医学条件确认表

(2020年9月版)

医务志愿者 所在医院		填表医生签字	
患者姓名		年龄	
性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	吸烟状况	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
疾病诊断		首次诊断时间	年 月
肿瘤病理类型		服药前肿瘤分期	<input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IIIC <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 其他_____
是否行基因检测	<input type="checkbox"/> 否 如果是, 检测结果: <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性		
是否化疗	<input type="checkbox"/> 否 如果是, <input type="checkbox"/> 新辅助/辅助 <input type="checkbox"/> 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: 年 月 日)		
服药前是否经影像学检查存在病灶	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	患者是否存在使用易瑞沙的禁忌症	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
是否建议患者采用易瑞沙治疗	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	患者目前体力状态(KPS评分)	
填表时间	年 月 日	医务志愿者 签字盖章确认	

填表说明:

- 1、此表由医生填写, 医务志愿者签字盖易瑞沙项目章确认, 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通过中国邮政EMS一同邮寄到中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目指定信箱地址: 北京市100034信箱29分箱。收件人: 易瑞沙慈善援助项目。