无痛守护——诺扬®援助项目

患者知情同意书

（请逐条仔细阅读后，在患者知情同意书上签字）

亲爱的患者：

您好！由连云港市一行医学健康基金会，江苏恒瑞医药股份有限公司开展的“无痛守护——诺扬®援助项目”，将帮助广大患者在减轻病痛，提高生活质量，满足并鼓励患者与疾病抗争的物质与精神需求。为帮助申请人顺利得到援助，特作如下公告：

**项目申请条件**

患者须符合项目规定的申请条件，具体如下所示：

* 患者有明确的肿瘤诊断。
* 患者必须是经由项目注册医生判定可以从诺扬®治疗中获益的癌痛患者。
* 患者癌痛的疼痛程度应达到中度疼痛或重度疼痛。
* 患者必须是中华人民共和国公民或获得中国居住证的外籍人员。

*注：因援助数量有限，满足上述条件并不等于一定能得到援助。*

**项目申请须知：**

1. 申请本项目的患者，务必仔细阅读并妥善保管《无痛守护——诺扬援助项目患者知情同意书》，按照项目规定接受援助。
2. 本项目为慈善项目，患者自愿参加，本人直接申请，项目不接受任何其他人员代表患者进行项目申请。
3. 一行医学健康基金会会对申请本项目的患者的资料进行收集、储存和复制，以用于对本项目的评估等与本项目有关的目的。患者一旦申请本项目，即代表同意本条款。
4. 项目办公室每次收到患者资料（无痛守护诺扬援助项目专用处方笺、患者知情同意书、医学条件评估表、患者身份证正反面复印件）后，审核时间为7个工作日。逾期未接到审核结果通知的患者，请主动致电项目办查询审核结果。
5. 申请本项目成功后，患者将一次性获得援助药物诺扬®鼻喷剂 5支（10mg/支）。
6. 患者需充分理解并愿意承担诺扬®鼻喷剂治疗可能产生的所有不良反应（包括但不限于药品说明书中所说明的不良反应）。用药过程中可能会出现不可预知的不良事件，及时联系治疗医生进行不良事件的随访。

**项目特别声明：**

1. 患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则。一行医学健康基金会对患者的病情和治疗，以及援助药品所可能产生的任何不良反应不承担任何责任和义务。
2. 在配送援助药品过程中，因无法抗拒原因导致援助药品中断或延误，一行医学健康基金会不承担任何责任和义务。
3. 申请项目均按项目管理办公室发出的正式信息为准，项目办公室不为患者误听其他渠道信息产生的后果承担责任。如有任何疑问请致电诺扬援助项目热线咨询，以准确、详实的了解项目申请程序及相关要求。
4. 一行医学健康基金会将对患者信息将严格保密，患者的信息仅用于项目的管理、执行和审计，以及患者户籍或医保所在地相关政府部门。
5. 对申请和受助中出现任何问题，患者与项目办公室协商解决。协商不成，在一行医学健康基金会所在地法院依法判决。
6. 一行医学健康基金会诺扬®患者援助项目办公室对项目拥有最终解释权。

**患者本人在此申明：**

我知晓自身病情，自愿按程序申请一行医学健康基金会诺扬援助项目。我已知晓《诺扬援助项目患者知情同意书》的全部信息，并完全接受其中的各项约定。 我承诺提供的全部材料均真实准确，愿意接受一行医学健康基金会的调查核实，严格遵守诺扬患者援助项目的各项规定，愿意承担不实申报或违反项目规定导致的包括（但不限于）申请得不到批准或援助立即终止等后果。我体力状态能够做到，亲自到评估医生处进行复查随访。如因本人或本人亲属任何言行对诺扬援助项目、一行医学健康基金会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

患者签字： 签字日期:

此表一式二份，需患者本人签字，填写完成后，一份邮寄给项目办公室留存，一份患者留存。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。