

利久长安

艾瑞利® 援助项目手册

目录

CONTENTS

一、艾瑞利®援助项目项目介绍 ----- 1

1. 艾瑞利®援助项目项目背景	1
2. 艾瑞利®援助项目项目目的	1
3. 艾瑞利®援助项目启动和截止时间	1
4. 项目援助对象	2
5. 援助政策	2
6. 项目申请条件	2
7. 患者出组标准	3
8. 项目联系方式	3
9. 项目监察	3

二、艾瑞利®援助项目执行流程 ----- 4

1. 患者申请注意事项	6
2. 患者领药注意事项	6
3. 项目办公室审核	7

三、法律声明 ----- 7

四、艾瑞利®援助项目相关申请表格----- 8

1. 艾瑞利®援助项目患者知情同意书	8
2. 艾瑞利®援助项目医学条件评估表	9
3. 艾瑞利®援助项目患者收入证明	10
4. 艾瑞利®援助项目专用处方笺	11
5. 艾瑞利®援助项目冷藏链产品保存知情同意书	12
6. 艾瑞利®援助项目随访观察表	13
7. 艾瑞利®援助项目患者变更注册药店/评估医生申请表	14

利久长安-艾瑞利®援助项目项目手册

一、艾瑞利®援助项目项目介绍

1. 艾瑞利®援助项目项目背景

艾瑞利®(通用名称:阿得贝利单抗注射液)是由江苏恒瑞医药股份有限公司自主研发的人源化抗PD-L1单克隆抗体,已经获得中国药品监督管理局批准在中华人民共和国(中国)境内上市销售。阿得贝利单抗是一种免疫检查点抑制剂,也是PD-L1抑制剂,PD-1/PD-L1抗体药的作用是阻断PD-1与PD-L1之间的结合,让免疫细胞得以保持活性,恢复其对肿瘤细胞的识别和杀伤力,建立抗肿瘤免疫循环,产生持久的抗肿瘤效应。免疫检查点抑制剂在非霍奇金淋巴瘤、肺癌、肝癌、食管癌、鼻咽癌等多种类型癌症中取得显著疗效。

2. 艾瑞利®援助项目项目目的

为了降低艾瑞利®获益患者的治疗费用,由连云港一行健康基金会,江苏恒瑞医药股份有限公司大力支持,共同发起了“利久长安——艾瑞利®援助项目”,帮助广大患者在重大疾病情况下获得更大的支持,满足并鼓励患者与疾病抗争的物质与精神需求。

艾瑞利®援助项目旨在推动和促进我国医药卫生事业的发展,项目办会通过多种途径对患者进行全面、有效的管理,项目将有助于提升患者及家属对肿瘤治疗的信心,增加患者的依从性,为患者带来更长期的生存和更好的生活质量。

3. 艾瑞利®援助项目启动和截止时间

3.1 项目启动时间:

2023年3月

3.2 项目截止时间:

项目截止时间另行公布。如正常终止,我们将提前2个月告知公众;如因国家政策等不可抗力原因,项目直接终止,我们会及时告知公众。

4.项目援助对象

患者本人知晓并认可,符合阿得贝利单抗注射液获批适应症,且由项目医生评估可以使用艾瑞利®进行长期治疗并从中获益的肿瘤患者,但因经济原因,无法长期用药的,可向艾瑞利®援助项目办申请使用艾瑞利®援助药品。

5.援助政策

5.1 第一援助周期,患者遵医嘱使用6支阿得贝利单抗注射液,因经济原因无法长期承担治疗费用,可以提出援助申请。经CT/MRI医学评估符合援助标准,并集齐相关材料,基金会审核通过后,可领取6支阿得贝利单抗注射液援助药品;援助药品使用完后,进入第二援助周期,患者再遵医嘱使用4支阿得贝利单抗注射液,经CT/MRI医学评估符合援助标准,并集齐相关材料,基金会审核通过后,可领取阿得贝利单抗注射液援助药品直至出组标准。

后续援助中,患者须进行医学随访,需每三个月上传近30天内CT/MRI报告,证明疾病无进展并集齐相关材料,基金会审核通过后,可继续预约援助药品领取。

5.2 援助周期全程是自起始时间后的两整年,包括第一援助周期和第二援助周期,起始时间以首张购买艾瑞利®发票日期为准。

5.3 援助周期全程结束后,援助自动终止,患者如需更多帮助,需重新评估申请,进入新的援助周期。

6.项目申请条件

申请艾瑞利®援助项目的患者须符合项目申请条件,具体如下所示:

6.1医学条件:

- (1)阿得贝利单抗注射液经国家药品监督管理局批准适应症的患者
- (2)患者必须是经由评估医生判定可以从艾瑞利®治疗中获益的肿瘤患者。
- (3)患者须已在评估医生指导下使用艾瑞利®治疗不低于一定用药周期。
- (4)有足够的临床证据证实患者能够从艾瑞利®治疗中获益,且未发生因艾瑞利®治疗引起的不可逆转或者不可耐受的严重不良反应。(相关判定标准应符合肿瘤治疗的基本原则)。

6.2其他条件:

- (1)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。
- (2)经济上无法持续支付艾瑞利®治疗费用。

(3) 患者用药过程应当接受援助项目的随访要求, 随访的方式包括但不限于电话以及相关平台在线沟通等。

*因援助数量有限, 满足上述条件并不等于一定获得援助

7. 患者出组标准

经批准进入艾瑞利®援助项目的患者出现以下任何一种情况时, 患者自动出组:

- (1) 评估医生评估, 患者继续接受艾瑞利®治疗无法获益, 或在治疗期间发生不可耐受的毒副反应。
- (2) 患者不能按项目要求提供医学资料。
- (3) 患者拒绝接受核查, 或经检查不符合申请条件。
- (4) 患者为获得援助提供不实的、虚假的资料或将援助药品出售或转赠其他人。
- (5) 患者本人或法定代理人要求停止接受艾瑞利®治疗。
- (6) 患者死亡或出现重大变故。
- (7) 患者及家属严重干扰援助项目管理办公室、发药点、评估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。
- (8) 患者所在地区艾瑞利®纳入医保, 使用艾瑞利®可以享受费用报销或所在区域艾瑞利®价格大幅度下降。
- (9) 患者未能及时领取援助药品1个月以上。
- (10) 由于不可抗力等造成的患者援助项目被迫中止。

*对于医学条件有疑问的申请资料, 项目办会经专家委员会讨论。

8. 项目联系方式

每周一至周五09:00-12:00, 13:30-17:00(法定节假日休息)

援助热线: 400-8286-882

邮箱账号: arlyuanzhu@163.com

9. 项目监察

项目办对获援助患者定期抽查, 核对个人信息和病例资料。如果拒绝接受核查或经核查发现任何条件不符将立即停止援助。

二、艾瑞利®患者援助项目执行流程



第二援助周期

循环

患者符合条件申请
(最多提前一个用
药周期提交申请)

5个工作日审核

首次领药

用药随访
(援助药品注射后)

5个工作日审核

医学随访
(每3个月1次)

再次领药
(请携带药品冷藏包)

援助项目终止
(首次购药满两年)

- ① 《艾瑞利®援助项目随访观察表》
- ② 4支艾瑞利®自费购药发票原件
- ③ 提供距此次申请三个月以内的病灶部位CT/MRI报告, 需评估医生签字盖章, 复印件加盖医院章
- ④ 体现艾瑞利®使用记录的门诊病历/出院小结, 需评估医生签字盖章、医院盖章
- ⑤ 上一次领取的援助药品空盒、空瓶照片(拍到药盒监管码信息)

- ① 患者本人到场, 携带身份证原件及复印件
- ② 项目公众号发出的领药二维码
- ③ 评估医生开具的《艾瑞利®援助项目专用处方笺》
- ④ 《艾瑞利®援助项目冷藏链产品保存知情同意书》
- ⑤ 上次患者领取援助药品空包装(药盒)

- ① 上次领取的援助药品空药盒和空药瓶合照(拍到药盒监管码信息)
- ② 上次援助药品的注射记录, 需评估医生签字盖章、医院盖章

距上次影像学检查3个月仍需药品援助患者, 需进行医学随访:

- ① 《艾瑞利®援助项目随访观察表》
- ② 用药后, 距此次申请三个月以内的病灶部位CT/MRI报告, 需评估医生盖章签字, 复印件加盖医院章
- ③ 上次领取的援助药品空药盒和空药瓶合照(拍到药盒监管码信息)
- ④ 上次援助药品的注射记录, 需评估医生签字盖章、医院盖章

- ① 患者本人到场, 携带身份证原件及复印件
- ② 项目公众号发出的领药二维码
- ③ 评估医生开具的《艾瑞利®援助项目专用处方笺》
- ④ 《艾瑞利®援助项目冷藏链产品保存知情同意书》
- ⑤ 上次患者领取援助药品空包装(药盒)

项目规定当项目援助对象出现任何一种符合出组条件的情况, 患者自动出组并停止援助

1. 患者申请注意事项

1.1 患者首次/后续申请

(1)为提高患者申请效率,患者可通过关注“为Ai共免”公众号,自行申请并上传材料、查看审核进度及审核结果。项目办接收到患者申请后,会在规定工作日内给出审核结果,由于审核发药需要一定时间,故请满足援助条件的患者尽早向项目办提交申请材料。

(2)申请材料的照片需内容清晰,便于审核;

(3)患者用于申请的援助药品空盒、空瓶照片(拍摄实物),需清晰显示药盒监管码信息。

1.2 患者购药发票

申请援助的患者需提供购药发票原件,发票抬头信息必须与患者身份证上一致;发票中药品相关信息未显示的(如无药品名称、购买数量、单价),患者需要提供相应的购药明细清单原件(医院盖章)。

1.3 医学评估表及随访观察表

表格涉及医学评估等信息,可以由患者主治医生填写,但是必须经项目评估医生再次评估并签字盖章认可才有效。

1.4 门诊病历/出院小结原件要求

(1)患者提供的门诊病历原件或住院小结原件需能体现截止申请前患者累计使用艾瑞利®治疗的完整经过;

(2)如果患者无法提供原件,项目要求复印件必须加盖医院抬头鲜章。

1.5 CT/MRI报告原件

(1)项目要求患者使用艾瑞利®治疗后每三个月进行一次影像学检查,提供病灶部位的CT/MRI报告原件,并由评估医生签字盖章评估,判断患者是否适合继续使用艾瑞利®治疗。

(2)如果无法提供原件,项目要求复印件必须加盖医院抬头鲜章。

1.6 变更项目评估医生

因患者项目评估医生不可以随意变更,后续申请过程中,如果患者如因变换就诊地址需要变更项目评估医生,需填写项目变更医生/注册药店申请表,经双方评估医生及项目管理办公室同意方可变更。

1.7 不良反应处理

用药过程中患者如发生不良事件,请及时与主治医生及项目评估医生联系,并填写不良反应报告表,报告需及时反馈专职人员。

2. 患者领药注意事项

2.1 项目要求,在条件允许的情况下必须患者本人领药,领药时需携带完整的领药材料,材料

不完整将不予发放当次的援助药品。

2.2 艾瑞利®为冷藏链药品,需要在2-8℃的医用冰箱/冷包中密闭遮光保存,不得冰冻。领药前请仔细阅读《艾瑞利®援助项目冷藏链产品保存知情同意书》内容,并由患者及领药人签字,领药时交于指定领药药店。

2.3 申请援助的患者必须在项目指定药店领取援助药品:一般项目指定患者购药所在城市的注册药店为项目指定药店,并将患者的援助药品及领药明细发给该药店;如患者购药所在城市没有注册药店,即指定该城市所在省份的注册药店为患者指定领药药店;如患者因变换就诊地址需要变更领药地址,需填写项目变更评估医生/注册药店申请表,经双方药店及项目管理办公室同意后方可变更。

2.4 患者领药前需凭借项目办发送的审核批准短信或二维码到评估医生处开具《艾瑞利®援助项目专用处方笺》。开具处方的评估医生必须是为患者进行医学评估的医生。

2.5 患者领药时,需将上周期领取的援助药品空包装交于注册药店,否则无法领取当次的援助药品。

2.6 患者在接收到项目管理办公室短信通知后,如果领药时间有所调整,请提前与领药药店及项目管理办公室联系,患者领药时间可合理提前,但不可提前超过一周,且领药时间不可延迟超过一个月,如患者在规定时间内一个月内未领取援助药品,项目将视患者为退出援助申请。

3.项目办公室审核

3.1 艾瑞利®援助项目管理办公室审核患者申请材料,项目管理办公室有权拒绝不符合条件的申请。

3.2 除项目流程规定的申请资料以外,项目管理办公室有权根据患者具体情况要求递交更多的医学资料或经济证明。

3.3 项目办将在规定工作日内审批:审核通过,项目办通知领药时间、注册药店地址;申请资料不全或不符合援助条件,项目办也会通知相关问题/原因。

三、法律声明

* 本项目为自愿报名形式;

* 利久长安——艾瑞利®援助项目的最终解释权归连云港一行健康基金会所有;

* 患者申请过程中使用的人脸识别功能,仅作为项目患者认证个人身份使用,不涉及其他用途;

* 连云港一行健康基金会将对患者信息及医学材料严格保密,不会用于任何商业用途,仅用于项目的管理、执行和各相关政府部门审计。

利久长安

艾瑞利®患者援助项目

相关申请表格

利久长安—艾瑞利®(阿得贝利单抗注射液)

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!为了降低艾瑞利®获益患者的治疗费用,由连云港一行健康基金会,江苏恒瑞医药股份有限公司大力支持,共同发起了“利久长安—艾瑞利®患者援助项目”,帮助广大患者在重大疾病情况下获得更大的支持,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:

项目政策	* 第一援助周期,患者遵医嘱使用6支阿得贝利单抗注射液,因经济原因无法长期承担治疗费用的,可以提出援助申请。经CT/MRI医学评估符合援助标准,并集齐相关材料,基金会审核通过后,可领取6支阿得贝利单抗注射液援助药品;援助药品使用完后,进入第二援助周期,患者再遵医嘱使用4支阿得贝利单抗注射液,经CT/MRI医学评估符合援助标准,并集齐相关材料,基金会审核通过后,可领取阿得贝利单抗注射液援助药品直至出组标准。 * 项目规定援助周期全程是自起始时间后的两整年,包括第一援助周期和第二援助周期,起始时间以首张购买艾瑞利®发票日期为准。
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: * 阿得贝利单抗注射液经国家药品监督管理局批准适应症的患者。 * 患者必须是经由评估医生判定可以从艾瑞利®治疗中获益的肿瘤患者。 * 患者须已在评估医生指导下使用艾瑞利®治疗不低于一定用药周期。 * 有足够的临床证据证实患者能够从艾瑞利®治疗中获益,且未发生因艾瑞利®治疗引起的不可逆转或者不可耐受的严重不良反应。(相关判定标准应符合肿瘤治疗的基本原则)。 * 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。 * 经济上无法持续支付艾瑞利®治疗费用。 *患者用药过程应当接受援助项目的随访要求,随访的方式包括但不限于电话以及相关平台在线沟通等。 * 因援助数量有限,满足上述条件并不等于一定获得援助。
项目终止条件	出现下列情况之一,援助自动终止: * 评估医生评估,患者继续接受艾瑞利®治疗无法获益,或在治疗期间发生不可耐受的毒副反应。 * 患者不能按项目要求提供医学资料。 * 患者拒绝接受核查,或经检查不符合项目申请条件。 * 患者为获得援助提供不实的、虚假的资料或将援助药品出售或转赠其他人。 * 患者本人或法定代理人要求停止接受艾瑞利®治疗。 * 患者死亡或出现重大变故。 * 患者及家属严重干扰援助项目办公室、发药点、评估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。 * 患者所在地区艾瑞利®纳入医保,使用艾瑞利®可以享受费用报销或所在区域艾瑞利®价格大幅度下降。 * 患者未能及时领取援助药品1个月以上。 * 由于不可抗力等造成的援助项目被迫中止。

项目申请须知:

- 申请本项目的患者,务必仔细阅读并妥善保管《利久长安—艾瑞利®援助项目患者知情同意书》,按照项目规定接受援助。
- 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。
- 患者及家属须积极配合,保证与项目办公室通讯联络畅通,主动向项目办公室咨询。因患者自身原因导致申请、受助等延误的,患者自行承担责任。
- 项目办公室每次收到患者申请后,审核时间为5个工作日。逾期未接到审核结果通知的患者,请主动致电项目办公室查询审核结果。
- 无论因任何原因退出援助项目时,连云港一行健康基金会有权要求您将未使用过的艾瑞利®援助药品(药品损毁时为对应市价)全部退回项目办公室。
- 患者需充分理解并愿意承担艾瑞利®治疗可能产生的所有不良反应。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:

- 患者应遵从医嘱,以规范治疗为原则,定期复查随访,及时接受治疗,定期参加不限于电话以及在线平台方式的相关随访。连云港一行健康基金会对患者的病情和治疗,以及援助药品可能产生的任何不良反应不承担任何责任和义务。
- 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,连云港一行健康基金会不承担任何责任和义务。
- 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艾瑞利®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。
- 患者自行选择是否接受平台患者管理服务,自负由此可能产生的风险,理解并认可使用“患者管理服务平台”时所产生的所有医疗信息、药物信息、图文影像信息、咨询信息等皆为参考依据,不属于诊断结果和诊疗的依据,项目方及管理服务方不承担患者因使用上述参考数据与患者交流所产生的医疗风险和责任。
- 患者申请过程中使用的人脸识别功能,仅作为项目患者认证个人身份使用,不涉及其他用途。
- 连云港一行健康基金会对患者信息及医学材料严格保密,不会用于任何商业用途,仅用于项目的管理、执行和各相关政府部门审计。患者了解并同意,我们可能出于造福患者、持续改善用药效果和体验的公益目的,对外分享经统计、加工后不含身份识别内容的信息。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,在连云港一行医学健康基金会所在地法院依法判决。
- 连云港一行健康基金会艾瑞利®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,自愿按程序申请连云港一行健康基金会艾瑞利®援助项目。我已知晓《利久长安-艾瑞利®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,愿意接受连云港一行健康基金会的调查核实,严格遵守艾瑞利®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。我身体状况能够做到,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艾瑞利®援助项目、连云港一行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:_____ 患者身份证号码:_____ 签字日期:_____

家属姓名:_____ 与患者关系:_____ 联系方式:_____ 签字日期:_____

此表患者本人签字,如果患者无法签字,需要家属代签字后,由患者本人在自己签名处加盖手印。

利久长安-艾瑞利®援助项目医学条件评估表

评估医生姓名		所在医院	
患者姓名		身份证号	
患者电话		联系地址	
是否有可医学评估病灶	☐ 是 ☐ 否	是否有转移病灶	☐ 无 ☐ 有 转移部位:_____
是否预期能从艾瑞利®治疗方案中获益	☐ 是 ☐ 否	是否有不可耐受不良反应	☐ 无 ☐ 有 简要说明:_____
目前疾病情况	☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD		
艾瑞利®治疗方案、治疗史	首次使用艾瑞利®时间:_____年_____月_____日,至今已使用_____支 艾瑞利®用法用量:_____周_____支(600mg/支) 艾瑞利®治疗方案: ☐ 艾瑞利®单药 ☐ 艾瑞利®联合化疗,化疗方案:_____ 使用期间是否有停药: ☐ 是 ☐ 否 使用期间是否有剂量调整: ☐ 是 ☐ 否 治疗期间如有停药或剂量调整请详细说明:_____		
项目评估医生建议: 是否同意继续使用艾瑞利®: ☐ 是 ☐ 否 建议使用剂量:_____ 计划下次使用艾瑞利®时间:_____年_____月_____日			
评估医生签字盖章		评估日期	_____年_____月_____日

填表说明:

本表须由项目评估医生填写并签字盖章确认,内容必须真实,不得空缺、涂改,表格有效期为一个月。

利久长安-艾瑞利®援助项目患者收入证明

患者姓名:_____ 性别:_____ 年龄:_____

患者联系方式:_____ 婚姻状况: ☐未婚 ☐已婚 ☐离异 ☐丧偶

身份证号码:_____

患者本人信息

家庭住址:_____省_____市_____

工作单位:_____

工作及收入情况(勾选并完整填写)

☐在职 ☐退休 ☐无固定工作 月收入:_____ (元)

相关部门证明申请人经济, 请证明人填写签字并盖章。

证明人签字:_____ 联系电话:_____

证明部门盖章:_____ 时间:_____

备注:患者有工作, 接收单位人事部门章或单位公章;无工作, 则由社区居民委员会/村民委员会或以上政府盖章。

项目办公室审批意见:_____

审批人签字盖章:_____ 时间:_____

利久长安-艾瑞利®援助项目专用处方笺

患者姓名:_____ 患者援助编号:_____

患者身份证号:_____

临床诊断:_____

处方	
----	--

评估医院:_____

评估医生签字:_____ 评估医生盖章:_____

处方时间:_____年_____月_____日

利久长安-艾瑞利®援助项目 冷藏链产品保存知情同意书

(请逐条仔细阅读后,并在知情同意书上签字)

冷藏链产品通常是使用生物技术生产的,且来源于蛋白质。高温及冻结是影响蛋白质稳定性的主要因素,冷藏链产品保存温度应为摄氏2度至8度,温度过高或过低都会导致药品蛋白质结构受到损害,蛋白质将不再起作用并且减少药效,任何药效的损失都是永久的且不可挽回的。

阿得贝利单抗注射液(商品名:艾瑞利®)作为冷藏链药品,需要患者在拿到援助药品后于摄氏2度至8度保存药品。患者未能按要求保存药品,导致的一切后果由患者自行负责。

因冷藏链药品的特殊性,请患者在领取援助药品时务必携带药品冷藏包,并严格按照冷藏包使用方法进行使用和保存,以保证药品的保存温度符合冷藏链药品要求。

药品领取时请确认药品外包装是否完好,从药品领取至医院注射期间,因各种原因出现的药品外包装破损,需患者自行承担责任。

患者及领药人声明

我已经认真阅读上述内容,并已知晓未在摄氏2度至8度保存阿得贝利单抗注射液可能发生的后果。

我自愿加入艾瑞利®援助项目,同意并将严格遵守项目的相关规定,自愿按程序申请。

患者援助编号: _____

患者签字: _____

领药人签字: _____

领药时间: _____

利久长安-艾瑞利®援助项目随访观察表

评估医生姓名		所在医院	
患者姓名		身份证号	
患者电话		患者援助编号	
是否有转移病灶	☐ 无 ☐ 有 转移部位:_____		
是否有不可耐受不良反应	☐ 无 ☐ 有 简要说明:_____		
目前疾病情况	CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD		
艾瑞利®治疗方案、治疗史	首次使用艾瑞利®时间:____年____月____日,至今已使用____支 艾瑞利®用法用量:____周____支(600mg/支) 艾瑞利®治疗方案: ☐ 艾瑞利®单药 ☐ 艾瑞利®联合化疗,化疗方案:_____ 使用期间是否有停药: ☐ 是 ☐ 否 使用期间是否有剂量调整: ☐ 是 ☐ 否 治疗期间如有停药或剂量调整请详细说明:_____		
项目评估医生建议: 是否同意继续使用艾瑞利®: ☐ 是 ☐ 否 建议使用剂量:_____ 计划下次使用艾瑞利®时间:____年____月____日			
评估医生签字盖章		评估日期	____年____月____日

填表说明:

本表须由项目评估医生填写并签字盖章确认,内容必须真实,不得空缺、涂改,表格有效期为一个月。

利久长安-艾瑞利®援助项目
患者变更注册药店/评估医生申请表

裁切线

患者姓名		患者援助编号	
患者身份证号		联系电话(手机)	
患者地址			
申请内容	☐ 变更注册药店 ☐ 变更评估医生		
申请理由			
原注册药店名称		新注册药店名称	
原注册药店盖章		新注册药店盖章	
原评估医生所在医院		原评估医生签字盖章	
新评估医生评估患者 使用艾瑞利®是否有效	☐ 是 ☐ 否	新评估医生是否 同意接收该患者	☐ 是 ☐ 否
新评估医生所在医院		新评估医生签字盖章	
患者签字		填表日期	



关注“为Ai共免”公众号
了解更多援助咨询