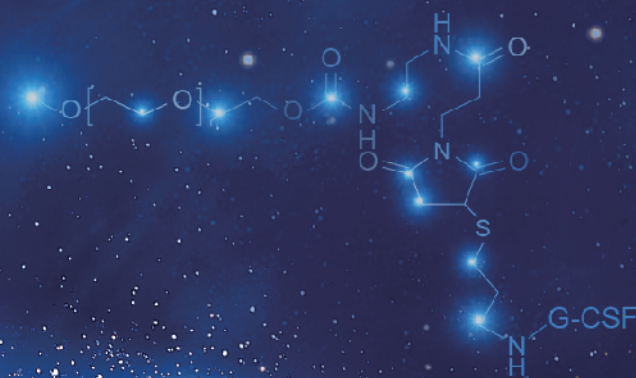


# 爱多一点

因艾而升，及早守护

## 患者援助项目手册



艾多®(硫酸培非格司亭)

是首个说明书中明确允许可在  
细胞毒性化疗药物给药结束24小时后使用的长效G-CSF



# 目录

## CONTENTS

### ▶ 一、爱多一点-患者援助项目背景与目的 01

### ▶ 二、爱多一点-患者援助项目内容 01

|           |   |
|-----------|---|
| 1.项目起止时间  | 1 |
| 2.项目援助对象  | 1 |
| 3.项目援助政策  | 2 |
| 4.项目申请条件  | 2 |
| 5.申请者出组标准 | 3 |
| 6.项目联系方式  | 3 |
| 7.项目监察    | 3 |

### ▶ 三、爱多一点-患者援助项目执行流程 04

|             |   |
|-------------|---|
| 1.申请者申请注意事项 | 5 |
| 2.申请者领药注意事项 | 6 |
| 3.项目办公室审核   | 6 |

### ▶ 四、法律声明 06

### ▶ 五、爱多一点-患者援助项目相关申请表格 07

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 1.爱多一点-患者援助项目申请者知情同意书       | 8  |
| 2.爱多一点-患者援助项目医学条件评估表        | 9  |
| 3.爱多一点-患者援助项目申请者收入证明        | 10 |
| 4.爱多一点-患者援助项目专用处方笺          | 11 |
| 5.爱多一点-患者援助项目冷藏链产品保存知情同意书   | 12 |
| 6.爱多一点-患者援助项目随访观察表          | 13 |
| 7.爱多一点-患者援助项目变更注册药店/项目医生申请表 | 14 |
| 8.爱多一点-患者援助项目不良事件报告表        | 15 |



# 爱多一点——患者援助项目手册



## 一、爱多一点-患者援助项目背景与目的

在中国，每年有数百万肿瘤患者接受化疗，其中约30%-40%因中性粒细胞减少而面临感染、化疗延迟或剂量调整等问题，甚至危及生命。艾多®（硫培非格司亭）是一种长效重组人粒细胞集落刺激因子（G-CSF），主要用于预防肿瘤患者因化疗导致的中性粒细胞减少症（CIN）。尽管艾多疗效显著，然而许多患者因经济问题不能足量或持续使用药品，导致治疗效果受阻甚至影响生命。因此，向患者提供艾多®药品援助，既能减轻患者家庭的经济负担，又能挽救生命，助力健康公平。

为切实缓解这一问题，我基金会拟启动“爱多一点-患者援助”项目，旨在向符合条件的申请者提供艾多®药品援助，减轻患者经济负担，助力申请者获得持续治疗，为困境中的患者带来希望，重获健康与尊严。



## 二、爱多一点-患者援助项目内容

### 1.项目起止时间

#### 1.1项目启动时间：

2025年5月

#### 1.2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1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。

### 2.项目援助对象

申请者本人知晓并认可，符合艾多®（硫培非格司亭注射液）获批适应症，由项目医生评估可以使用艾多®进行长期治疗并从中获益的肿瘤患者，但由于无法进行艾多®医保报销，鉴于经济原因，无法长期用药的，可向项目管理办公室申请艾多®援助药品。

援助范围：中国大陆范围内（除贵州省、海南省、西藏自治区）的申请者（须遵援助范围内医院医生医嘱与处方使用艾多®不低于一定用药周期）



### 3.项目援助政策

申请者遵医嘱使用1盒艾多®（硫培非格司亭注射液），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1盒艾多®援助药品；援助药品使用完后，进入下一援助周期，申请者再遵医嘱使用1盒艾多®，经医学评估可继续用药，集齐相关材料，基金会审核通过后，可继续领取1盒艾多®援助药品。以此循环，直至项目截止或申请者达到出组标准。

后续援助中，申请者须进行医学随访，需提供一个月内的血常规报告，基金会审核通过后，可继续预约援助药品领取。

**入组发票时间要求：2025年5月1日之后**

援助周期起始时间以首张艾多®发票日期为准。

### 4.项目申请条件

申请爱多一点-患者援助项目的申请者须符合项目申请条件，具体如下所示：

#### 4.1医学条件：

- (1) 艾多®（硫培非格司亭注射液）经国家药品监督管理局批准适应症的患者。
- (2) 申请者必须是经由项目医生判定可以从艾多®治疗中获益的肿瘤患者。
- (3) 申请者须已在项目医生指导下使用艾多®治疗不低于一定用药周期。
- (4) 有足够的临床证据证实申请者能够从艾多®治疗中获益，且未发生因艾多®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）

#### 4.2其他条件：

- (1) 申请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) 申请者年龄须满18周岁及以上。
- (3) 经济上无法持续支付艾多®治疗费用。
- (4) 申请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。**



## 5. 申请者出组标准

经批准进入爱多一点-患者援助项目的申请者出现以下任何一种情况时，申请者自动出组：

- (1) 项目医生评估，申请者继续接受艾多®治疗无法获益，或在治疗期间发生了严重不良反应。
- (2) 申请者不能按项目要求提供医学资料。
- (3) 申请者拒绝接受核查，或经核查不符合申请条件。
- (4) 申请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) 申请者本人或法定代理人要求停止接受艾多®治疗。
- (6) 申请者死亡或出现重大变故。
- (7) 申请者及家属严重干扰援助项目管理办公室、发药点、项目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。
- (8) 申请者使用的艾多®可以享受医保报销或者所在区域艾多®价格大幅下降。
- (9) 申请者未能及时领取援助药品1个月以上（特殊情况请先到项目办备案）。
- (10) 由于不可抗力等造成的援助项目被迫中止。

\*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。

## 6. 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）

项目热线：400-8286-882

邮箱账号：adyuanzhu@163.com

## 7. 项目监察

基金会与项目办对获援助申请者定期抽查，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。



### 三、爱多一点-患者援助项目执行流程

#### 援助周期全程

申请者符合条件申请  
(首次援助)

3个工作日审核



- ① 《爱多一点-患者援助项目申请者知情同意书》
- ② 《爱多一点-患者援助项目医学条件评估表》
- ③ 《爱多一点-患者援助项目申请者收入证明》
- ④ 1盒艾多®发票原件
- ⑤ 提供距此次申请一个月内的血常规报告，需项目医生签字盖章，复印件加盖医院章
- ⑥ 体现疾病类型和艾多®使用记录的门诊病历/出院小结，需项目医生签字盖章，复印件加盖医院章

领药材料  
(请携带药品冷藏包)



- ① 申请者本人到场，携带身份证原件或复印件
- ② 项目公众号/小程序发出的领药二维码
- ③ 项目医生开具的《爱多一点-患者援助项目专用处方笺》
- ④ 《爱多一点-患者援助项目冷藏链产品保存知情同意书》
- ⑤ 家属代领，需携带代领委托书、领药人身份证原件或复印件和申请者本人身份证原件
- ⑥ 上次申请者领取的援助药品空药盒（首次无需提供，非必要）

用药随访  
(援助药品注射后)

3个工作日审核



- ① 1盒艾多®发票原件
- ② 上一次领取的援助药品损坏空药盒（拍到药盒追溯码信息）
- ③ 申请者在医院使用援助药品治疗的注射记录，需项目医生签字盖章、医院盖章

领药材料  
(请携带药品冷藏包)



注：请参考上方领药具体材料

医学随访  
(援助药品注射后)



- 距上次血项检查1个月仍需药品援助申请者，需进行医学随访：
- ① 1盒艾多®发票原件
  - ② 《爱多一点-患者援助项目随访观察表》
  - ③ 用药后，提供距此次申请一个月内的血常规报告，需项目医生签字盖章，复印件加盖医院章
  - ④ 上一次领取的援助药品损坏空药盒（拍到药盒追溯码信息）
  - ⑤ 申请者在医院使用援助药品治疗的注射记录，需项目医生签字盖章、医院盖章

领药材料  
(请携带药品冷藏包)



注：请参考上方领药具体材料

援助周期结束或终止



项目规定的截止时间或出组标准



## 1. 申请者申请注意事项

### 1.1 申请者首次/后续申请

(1) 申请者申请参与项目前一定要在医生的指导下使用过艾多®药品，知晓药品不良反应等相关的药品安全信息，在申请援助药品前及使用援助药品过程中及时与项目医生做好用药沟通。

(2) 为提高申请者申请效率，申请者可通过关注“为Ai共免”公众号，自愿参与后，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申请者尽早向项目办提交申请材料。

(3) 申请材料的照片需内容清晰，便于审核。

(4) 申请者用于申请的援助药品损坏空药盒（拍摄实物），需清晰显示药盒追溯码信息。

### 1.2 艾多®发票

申请援助的申请者需提供1盒艾多®发票原件，发票抬头信息必须与申请者身份证上一致；发票中药品相关信息未显示的（如无药品名称、数量、单价），申请者需要提供相应的艾多®费用明细清单原件（医院盖章）。

### 1.3 医学条件评估表及随访观察表

表格涉及医学评估等信息，可以由申请者主治医生填写，但是必须经项目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) 门诊病历或出院小结需明确体现疾病类型；

(2) 如门诊病历或出院小结未明确体现本次发票的艾多®使用记录，可辅助提供临时医嘱单或申请者在医院使用艾多®的注射记录，需项目医生签字盖章、医院盖章；

(3) 如果无法提供原件，项目要求复印件需加盖医院全称抬头的鲜章。

### 1.5 血常规报告原件要求

(1) 项目要求申请者使用艾多®治疗后每个月进行一次血常规检查，并提供报告原件，并由项目医生评估、签字盖章，判断申请者是否适合继续使用艾多®治疗。

(2) 如果无法提供原件，项目要求复印件必须加盖医院全称抬头的鲜章。

### 1.6 变更项目医生

因申请者的项目医生不可以随意变更，后续申请过程中，如果申请者如因变换就诊地址需要变更项目医生，需填写变更项目医生申请表，经新项目医生及项目管理办公室同意方可变更。

### 1.7 不良反应处理

用药过程中申请者如发生不良事件，请及时与主治医生及项目医生联系。

## 2. 申请者领药注意事项

2.1 项目要求，在条件允许的情况下必须申请者本人领药，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 请申请者领药后保存好援助药品空包装，项目管理办公室有权在申请/领药材料异常等情况下要求申请者配合提供药品空包装。

2.3 申请援助的申请者须在项目指定药店领取援助药品，如申请者因变换就诊地址需要变更领药地址，需填写援助项目变更注册药店申请表，经新药店及项目管理办公室同意方可变更。

2.4 艾多®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《爱多一点-患者援助项目冷藏链产品保存知情同意书》内容，并由申请者及领药人签字，领药时交于指定领药药店。

2.5 申请者领药前需凭借项目办发送的审核批准短信或二维码到此项目医生处开具《爱多一点-患者援助项目专用处方笺》。开具处方的项目医生必须是为申请者进行医学评估的医生。

2.6 申请者领药时，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。

2.7 申请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，申请者领药时间可合理提前，但不可提前超过5天，申请者领药时间不可延迟超过1个月，如申请者在规定时间的两个月内未领取援助药品，项目将视申请者为退出援助申请。

## 3. 项目办公室审核

3.1 爱多一点-患者援助项目管理办公室审核申请者申请材料，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申请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。

## 四、法律声明

- \* 本项目为自愿报名形式；
- \* 爱多一点-患者援助项目的最终解释权归连云港一行健康基金会所有；
- \* 申请者申请过程中使用的人脸识别功能，仅作为项目申请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申请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、执行和审计。



# 爱多一点

因艾而升，及早守护

## 患者援助项目手册

## 相关表格



艾多®(硫培非格司亭)

是首个说明书中明确允许可在  
细胞毒性化疗药物给药结束24小时后使用的长效G-CSF



# 爱多一点—患者援助项目

## 申请者知情同意书

(请逐条仔细阅读后, 在申请者知情同意书上签字)

亲爱的申请者:

您好! 为了降低艾多®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, 共同发起了“爱多一点-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

- \*申请者遵医嘱使用1盒艾多®(硫培非格司亭注射液), 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1盒艾多®援助药品; 援助药品使用完后, 进入下一援助周期, 申请者再遵医嘱使用1盒艾多®, 经医学评估可继续用药, 集齐相关材料, 基金会审核通过后, 可继续领取1盒艾多®援助药品。以此循环, 直至项目截止或申请者达到出组标准。
- \*后续援助中, 申请者须进行医学随访, 需提供一个月内的血常规报告, 基金会审核通过后, 可继续预约援助药品领取。
- \*入组发票时间要求: 2025年5月1日之后
- \*援助周期起始时间以首张艾多®发票日期为准。

### 项目申请条件

- 申请者须符合项目规定的申请条件, 具体如下所示:
- \*艾多®(硫培非格司亭注射液)经国家药品监督管理局批准适应症的患者。
- \*申请者必须是经由项目医生判定可以从艾多®治疗中获益的肿瘤患者。
- \*申请者须在项目医生指导下使用艾多®治疗不低于一定用药周期。
- \*有足够的临床证据证实申请者能够从艾多®治疗中获益, 且未发生因艾多®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)
- \*申请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。
- \*申请者年龄须满18周岁及以上。
- \*经济上无法持续支付艾多®治疗费用。
- \*申请者用药过程应当接受援助项目的随访要求, 随访的方式包括但是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:
- \*项目医生评估, 申请者继续接受艾多®治疗无法获益, 或在治疗期间发生了严重不良反应。
- \*申请者不能按项目要求提供医学资料。
- \*申请者拒绝接受核查, 或经核查不符合申请条件。
- \*申请者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。
- \*申请者本人或法定代理人要求停止接受艾多®治疗。
- \*申请者死亡或出现重大变故。
- \*申请者及家属严重干扰援助项目管理办公室、发药点、项目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。
- \*申请者使用的艾多®可以享受医保报销或者所在区域艾多®价格大幅下降。
- \*申请者未能及时领取援助药品1个月以上(特殊情况请先到项目办备案)。

### 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《爱多一点-患者援助项目申请者知情同意书》, 按照项目规定接受援助。
- 2.本项目为援助项目, 申请者自愿参加, 本人直接申请, 项目不接受任何其他人代表申请者进行项目申请。
- 3.申请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。因申请者自身原因导致申请、受助等延误的, 申请者自行承担责任。
- 4.项目办公室每次收到申请者申请后, 审核时间为3个工作日。逾期未接到审核结果通知的申请者, 请主动致电项目办查询审核结果。
- 5.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多®援助药品(药品损毁时为对应市价)全部退回。
- 6.申请者需充分理解并愿意承担艾多®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:

- 1.申请者应遵从医嘱, 以规范治疗为原则, 定期随访, 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申请者的病情和治疗, 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.项目慈善医生应严格按照项目要求为申请者提供评估、处方、随访等服务; 若项目慈善医生未按要求提供服务, 请申请者及时向项目办反馈情况, 申请者若知情不报或隐瞒有关情况, 自行承担相关责任和后果。
- 3.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。
- 4.申请项目均按项目管理办公室发出的正式信息为准, 项目办公室不为申请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爱多一点-患者援助项目咨询热线, 以准确、详实的了解项目申请程序及相关要求。
- 5.申请者申请过程中使用的人脸识别功能, 仅作为项目申请者认证个人身份使用, 不涉及其他用途。
- 6.连云港一行健康基金会对申请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。申请者了解并同意, 我们可能出于造福申请者、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。对于申请和受助中出现的任何问题, 申请者与项目办公室协商解决。协商不成, 在连云港一行健康基金会所在地法院依法判决。
- 7.连云港一行健康基金会对项目拥有最终解释权。

### 申请者本人在此申明:

我知晓自身病情, 自愿按程序申请连云港一行健康基金会爱多一点-患者援助项目。我已知晓《爱多一点-患者援助项目申请者知情同意书》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, 严格遵守爱多一点-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, 亲自到项目医生处进行复查随访。如因本人或本人亲属任何言行对爱多一点-患者援助项目、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。

申请者签字: \_\_\_\_\_ 申请身份证号码: \_\_\_\_\_ 签字日期: \_\_\_\_\_

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

此表申请者本人签字, 如果申请者无法签字, 需要家属代签字后, 由申请者本人在自己签名处加盖手印。



## 爱多一点—患者援助项目 医学条件评估表

|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------|
| 项目医生姓名                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 所在医院            |                                                                  |
| 申请者姓名                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 身份证             |                                                                  |
| 申请者电话                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 联系地址            |                                                                  |
| 是否预期能从艾多®<br>治疗方案中获益                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                           | 是否有不可耐受<br>不良反应 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,简要说明:_____ |
| 艾多®治疗方案、<br>治疗史                                                                                                                          | <p>首次使用艾多®时间:_____年____月____日,至今已使用____支<br/>艾多®用法用量:_____周____支 (0.6ml: 6mg/支)</p> <p>肿瘤治疗方案:_____</p> <p>使用期间是否有停药: <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否<br/>使用期间是否有剂量调整: <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否<br/>治疗期间如有停药或剂量调整请详细说明:_____</p> |                 |                                                                  |
| <p>项目医生建议:<br/>是否同意继续使用艾多®: <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否<br/>建议使用剂量:_____</p> <p>计划下次使用艾多®时间:_____年____月____日</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                                                  |
| 项目医生<br>签字盖章                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 评估日期            | _____年____月____日                                                 |

### 填表说明:

本表须由项目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。



## 爱多一点—患者援助项目 申请者收入证明

申请者姓名：\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_

申请者联系方式：\_\_\_\_\_ 婚姻状况：☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 离异 ☐ 丧偶

身份证号码：\_\_\_\_\_

### 申请者本人信息

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：申请者有工作，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。



## 爱多一点—患者援助项目 专用处方笺

申请者姓名：\_\_\_\_\_ 申请者性别：\_\_\_\_\_

申请者身份证号：\_\_\_\_\_ 申请者援助编号：\_\_\_\_\_

是否同意继续使用艾多®： ☐ 是 ☐ 否

临床诊断：\_\_\_\_\_

处方

硫培非格司亭注射液(艾多®)\_\_\_\_\_支

【规格】：6mg(0.6ml)/支

项目医生签字：\_\_\_\_\_ 项目医生盖章：\_\_\_\_\_

处方时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 爱多一点—患者援助项目 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。

**硫培非格司亭注射液（商品名：艾多®）**作为冷藏链药品，需要申请者在拿到援助药品后于摄氏2度至8度保存药品。申请者未能按要求保存药品，导致的一切后果由申请者自行负责。

因冷藏链药品的特殊性，请申请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，需申请者自行承担责任。

### 申请者及领药人声明

我已经认真阅读上述内容，并已知晓未在摄氏2度至8度保存硫培非格司亭注射液可能发生的后果。我自愿加入爱多一点-患者援助项目，同意并将严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请。

申请者签字：\_\_\_\_\_

领药人签字：\_\_\_\_\_

领药时间：\_\_\_\_\_



## 爱多一点—患者援助项目 随访观察表

|                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|
| 项目医生姓名                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 所在医院                                                             |                  |
| 申请者姓名                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 身份证号                                                             |                  |
| 申请者电话                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 申请者援助编号                                                          |                  |
| 是否有不可耐受不良反应                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,简要说明:_____ |                  |
| 艾多®治疗方案、<br>治疗史                                                                                                                | 上一次使用艾多®时间:_____年____月____日, 至今已使用_____支<br>艾多®用法用量:_____周_____支 (0.6ml: 6mg/支)<br><br>肿瘤治疗方案:_____<br><br>使用期间是否有停药: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>使用期间是否有剂量调整: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>治疗期间如有停药或剂量调整请详细说明:_____<br>_____ |                                                                  |                  |
| 项目医生建议:<br>是否同意继续使用艾多®: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>建议使用剂量:_____<br>计划下次使用艾多®时间: _____年____月____日 |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |                  |
| 项目医生<br>签字盖章                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 评估日期                                                             | _____年____月____日 |

### 填表说明:

本表须由项目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。

## 爱多一点—患者援助项目 变更注册药店/项目医生申请表

|                 |                                                                 |                    |                                                       |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------|
| 申请者姓名           |                                                                 | 年龄                 |                                                       |
| 申请者身份证号         |                                                                 | 联系电话（手机）           |                                                       |
| 申请者地址           |                                                                 |                    |                                                       |
| 申请内容            | <input type="checkbox"/> 变更注册药店 <input type="checkbox"/> 变更项目医生 |                    |                                                       |
| 申请理由            |                                                                 |                    |                                                       |
| 新注册药店名称         |                                                                 |                    |                                                       |
| 新注册药店盖章         |                                                                 |                    |                                                       |
| 新项目医生是否同意接收该申请者 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否           | 新项目医生评估申请者使用方案是否有效 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 新项目医生所在医院       |                                                                 | 新项目医生签字盖章          |                                                       |
| 申请者签字           |                                                                 | 填表日期               |                                                       |



## 爱多一点—患者援助项目 不良事件报告表

|                       |                                                                                                                                                       |          |                                                       |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------|
| 申请者姓名                 |                                                                                                                                                       | 申请者援助编号  |                                                       |
| 性别                    |                                                                                                                                                       | 身份证号码    |                                                       |
| 身高 (cm)               |                                                                                                                                                       | 体重 (kg)  |                                                       |
| 申请者电话                 |                                                                                                                                                       | 联系地址     |                                                       |
| 原患疾病                  |                                                                                                                                                       | 用法用量     |                                                       |
| 开始用药时间                |                                                                                                                                                       | 用药截止时间   |                                                       |
| 家族不良反应事件              | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无                                                                                                 | 既往不良反应事件 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| 不良反应事件名称              |                                                                                                                                                       |          |                                                       |
| 不良反应发生时间              |                                                                                                                                                       |          |                                                       |
| 不良反应描述及处理             | 包括症状、体征、临床检验及处理情况:_____                                                                                                                               |          |                                                       |
| 不良反应处理结果              | <input type="checkbox"/> 治愈 <input type="checkbox"/> 有好转 <input type="checkbox"/> 未好转 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他情况:_____ |          |                                                       |
| 停药/减量使用后<br>症状是否减轻或消失 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未停药或减量                                     |          |                                                       |
| 再次使用后<br>是否出现同样症状     | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未再次使用                                      |          |                                                       |
| 对原患疾病的影响              | <input type="checkbox"/> 不明显 <input type="checkbox"/> 病程延长 <input type="checkbox"/> 病情加重 <input type="checkbox"/> 导致后遗症 <input type="checkbox"/> 导致死亡 |          |                                                       |
| 项目医生签字盖章              |                                                                                                                                                       | 填表日期     | ____年____月____日                                       |

### 填表说明:

- 1.本表须由项目医生填写并签字盖章确认,内容必须真实,不得空缺、涂改。
- 2.项目医生在获悉申请者的不良反应后一个工作日内填写本表发送至yixing\_gy@163.com并抄送(hengrui\_drug\_safety@hengrui.com)。



关注“为Ai共免”公众号  
了解更多援助咨询  
服务热线：400-8286-882