

特愈芳华

援助项目手册

目录

CONTENTS

| | |
|-----------------|----|
| ▶ 特愈芳华援助项目背景和目的 | 01 |
|-----------------|----|

| | |
|--------------|----|
| ▶ 特愈芳华援助项目内容 | 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 |

| | |
|----------------|----|
| ▶ 特愈芳华援助项目执行流程 | 04 |
|----------------|----|

| | |
|--------------|---|
| 1.第一援助周期 | 4 |
| 2.第二援助周期 | 4 |
| 3.第三、四、五援助周期 | 5 |
| 4.援助项目终止 | 5 |
| 5.申请者申请注意事项 | 5 |
| 6.申请者领药注意事项 | 6 |
| 7.项目办公室审核 | 6 |

| | |
|--------|----|
| ▶ 法律声明 | 07 |
|--------|----|

| | |
|------------------|----|
| ▶ 特愈芳华援助项目相关申请表格 | 08 |
|------------------|----|

| | |
|--------------------------|----|
| 1.特愈芳华援助项目申请者知情同意书 | 9 |
| 2.特愈芳华援助项目医学条件评估表 | 10 |
| 3.特愈芳华援助项目随访观察表 | 11 |
| 4.特愈芳华援助项目申请者收入证明 | 12 |
| 5.特愈芳华援助项目专用处方笺 | 13 |
| 6.特愈芳华援助项目变更注册药店/评估医生申请表 | 14 |

特愈芳华援助项目手册

► 特愈芳华援助项目背景和目的

宫颈癌是全球女性常见的恶性肿瘤之一,尤其在医疗资源匮乏的地区,其发病率和死亡率居高不下。世界卫生组织(WHO)数据显示,宫颈癌是发展中国家女性癌症死亡的主要原因之一。然而,许多患者因经济困难无法负担高昂的治疗费用,导致病情延误甚至失去生命。在中国,靶向药物、免疫疗法等创新治疗手段价格昂贵,医保覆盖有限,使得许多家庭陷入“因病致贫、因病返贫”的困境。因此,为宫颈癌患者提供药品援助,不仅能挽救生命,还能减轻患者家庭的经济负担,助力健康公平。

本项目旨在向符合条件的申请者提供艾比特®药品援助,弥补医保覆盖不足的缺口,提高药品可及性,减轻申请者经济负担,延长申请者生存期,提升生活质量。此外也推动社会关注,促进更多社会力量参与女性健康公益事业。

我们相信,通过这一援助项目,能够为困境中的宫颈癌患者带来希望,助力她们战胜疾病,重获健康与尊严。

► 特愈芳华援助项目内容

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:

2026年12月31日

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,符合艾比特®获批适应症,由项目医生评估可以使用艾比特®进行长期治疗并从中获益的申请者,但因经济原因,无法长期用药的,可向艾比特®项目办申请艾比特®援助药品。

3.项目政策

3.1 第一援助周期:申请者遵医嘱使用1个周期(2盒)艾比特®, 因经济原因无法长期承担治疗费用的, 可以提出援助申请。经评估医生医学评估申请者符合援助标准, 并集齐相关材料, 基金会审核通过后, 可领取1个周期(2盒)艾比特®。

第二援助周期:第一援助周期援助药品使用完后进入第二援助周期, 申请者再遵医嘱使用1个周期(2盒)艾比特®。经评估医生医学评估申请者符合援助标准, 并集齐相关材料, 基金会审核通过后, 可领取2个周期(4盒)艾比特®。

第三援助周期:第二援助周期药品使用完后进入第三援助周期, 援助政策同第一援助周期。

第四援助周期:第三援助周期药品使用完后进入第四援助周期, 援助政策同第二援助周期。

第五援助周期:第四援助周期药品使用完后进入第五援助周期, 援助政策同第一援助周期。

援助周期内, 申请者按项目要求提交申请材料, 通过援助审核后按用法用量按月领取艾比特®援助药品直至达到出组标准或达到援助周期全程。

援助政策图表说明:

| 援助方案 (周期缩写) | 遵医嘱使用 (周期) | 基金会援助 (周期) | 遵医嘱使用 (周期) | 基金会援助 (周期) | 遵医嘱使用 (周期) | 基金会援助 (周期) | 遵医嘱使用 (周期) | 基金会援助 (周期) | 遵医嘱使用 (周期) | 基金会援助 (周期) |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1+1, 1+2 1+1, 1+2 1+1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |

3.2 援助周期全程是自起始时间后的一年整, 包括五个周期, 起始时间以首次遵医嘱使用艾比特®时间(发票日期)为准。

3.3 援助周期全程结束后, 援助自动终止。若一年期满或者项目截止, 五个援助周期未全部结束, 则默认援助终止。

4.项目申请条件

申请特愈芳华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) 申请者经评估医生评估符合艾比特®适应症用药。
- (2) 申请者必须是经由评估医生判定可以从艾比特®治疗中获益的患者。
- (3) 申请者须已在评估医生指导下使用艾比特®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比特®治疗中获益, 且未发生因艾比特®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) 经济上无法持续支付艾比特®治疗费用。
- (3) 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。

5. 申请者出组标准

经批准进入特愈芳华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) 评估医生评估, 申请者继续接受艾比特®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材料。
- (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、虚假的材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比特®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、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。
- (8) 申请者所在地区艾比特®纳入医保, 使用艾比特®可以享受费用报销或所在区域艾比特®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材料, 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: abtyuanzhu@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材料。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。

▶ 特愈芳华援助项目执行流程

1. 第一援助周期

1.1 首次申请材料：

- (1)《特愈芳华援助项目申请者知情同意书》。
- (2)《特愈芳华援助项目医学条件评估表》。
- (3)《特愈芳华援助项目申请者收入证明》。
- (4)2盒艾比特®发票原件。
- (5)提供距此次申请三个月以内的病灶部位CT/MRI报告, 原件需评估医生签字盖章, 非原件需加盖医院鲜章。
- (6)提供体现疾病类型的门诊病历/出院小结等, 原件需评估医生盖章签字。

1.2首次领取援助药品材料：

- (1)申请者本人到场, 携带身份证原件或复印件。
- (2)项目公众号发出的领药二维码。
- (3)评估医生开具并盖章签字的《特愈芳华援助项目专用处方笺》。
- (4)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。

2. 第二援助周期

2.1第二援助周期首次申请材料：

- (1)《特愈芳华援助项目随访观察表》。
- (2)2盒艾比特®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, 原件需评估医生签字盖章, 非原件需加盖医院鲜章。
- (4)上一次领取的援助药品空药盒和空药板合照(空药盒需拍到追溯码信息)。

2.2首次领取援助药品材料：

- (1)申请者本人到场, 携带身份证原件或复印件。
- (2)项目公众号发出的领药二维码。
- (3)评估医生开具并盖章签字的《特愈芳华援助项目专用处方笺》。

(4) 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。

(5) 上次领取的援助药品空包装(药盒)。

2.3 本周期内援助药品未领取完毕继续申请材料:

(1) 《特愈芳华援助项目随访观察表》(如CT/MRI报告未超期无需提供)。

(2) 距此次申请三个月以内的病灶部位CT/MRI报告, 原件需评估医生签字盖章, 非原件需加盖医院鲜章。(如CT/MRI报告未超期无需提供)。

(3) 上一次领取的援助药品空药盒和空药板合照(空药盒需拍到追溯码信息)。

2.4 后续领取援助药品材料:

请参照第二援助周期首次领取援助药品具体材料。

3. 第三、四、五援助周期

3.1 申请材料与第二援助周期申请材料保持一致。

3.2 领取援助药品材料与第二援助周期首次领取援助药品材料保持一致。

4. 援助项目终止

4.1 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, 申请者自动出组并停止援助。

4.2 首张发票时间满一年或援助周期全程结束后, 援助自动终止。

4.3 基金会发布公告, 项目终止。

4.4 若一年期满或者项目截止, 五个援助周期未全部结束, 则援助默认终止。

5. 申请者申请注意事项

5.1 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比特®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, 及时与评估医生做好用药沟通。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, 自愿参与项目, 自行申请并上传材料、查看审核进度及审核结果。项目办接收到申请者申请后, 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申请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) 申请者用于申请的援助药品空药盒、空药板照片(拍摄实物), 需清晰显示药盒追溯码信息。

5.2 申请者发票

申请援助的申请者需提供发票原件,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费用明细清单原件(医院或药店盖章)。

5.3 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,但是必须经项目评估医生再次评估并签字盖章认可才有效。

5.4 变更项目评估医生

因申请者项目评估医生不可以随意变更,后续申请过程中,如果申请者因变换就诊地址需要变更项目评估医生,需填写援助项目变更评估医生申请表,经新的评估医生及项目管理办公室同意方可变更。

5.5 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评估医生联系。

6. 申请者领药注意事项

6.1 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。

6.2 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,经新注册药店及项目管理办公室同意后方可变更。

6.3 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评估医生处开具《特愈芳华援助项目专用处方笺》,开具处方的评估医生必须是为申请者进行医学评估的医生。

6.4 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。

6.5 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内1个月内未领取援助药品,项目将视申请者为退出援助申请。

7. 项目办公室审核

7.1 特愈芳华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。

7.2除项目流程规定的申请材料以外,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材料或经济证明。

7.3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;申请材料

▶ 法律声明

* 本项目为自愿报名形式;

* 特愈芳华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。

特愈芳华

援助项目手册
相关表格

特愈芳华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)

亲爱的患者:

您好! 为了减轻低收入家庭患者长期服用艾比特®的经济负担, 连云港一行健康基金会和江苏恒瑞医药股份有限公司共同发起了“特愈芳华援助项目”, 希望让更多的患者因为艾比特®的持久治疗, 获得更长久的生存获益。为帮助您了解项目并顺利得到援助, 特作如下说明, 请您知晓:

项目政策

第一援助周期: 申请者遵医嘱使用1个周期(2盒)艾比特®, 因经济原因无法长期承担治疗费用的, 可以提出援助申请。经评估医生医学评估申请者符合援助标准, 并集齐相关材料, 基金会审核通过后, 可领取1个周期(2盒)艾比特®。

第二援助周期: 第一援助周期援助药品使用完后进入第二援助周期, 申请者再遵医嘱使用1个周期(2盒)艾比特®。经评估医生医学评估申请者符合援助标准, 并集齐相关材料, 基金会审核通过后, 可领取2个周期(4盒)艾比特®。

第三援助周期: 第二援助周期药品使用完后进入第三援助周期, 援助政策同第一援助周期。

第四援助周期: 第三援助周期药品使用完后进入第四援助周期, 援助政策同第二援助周期。

第五援助周期: 第四援助周期药品使用完后进入第五援助周期, 援助政策同第一援助周期。

援助周期内, 申请者按项目要求提交申请材料, 通过援助审核后按用法用量按月领取艾比特®援助药品直至达到出组标准或达到援助周期全程。

援助周期全程是自起始时间后的一年整, 包括五个周期, 起始时间以首次遵医嘱使用艾比特®时间(发票日期)为准。

援助周期全程结束后, 援助自动终止。若一年期满或者项目截止, 五个援助周期未全部结束, 则默认援助终止。

| 援助方案 (周期缩写) | 遵医嘱使用 (周期) | 基金会援助 (周期) | 遵医嘱使用 (周期) | 基金会援助 (周期) | 遵医嘱使用 (周期) | 基金会援助 (周期) | 遵医嘱使用 (周期) | 基金会援助 (周期) | 遵医嘱使用 (周期) | 基金会援助 (周期) |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1+1, 1+2 1+1, 1+2, 1+1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |

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:

- *申请者经评估医生评估符合艾比特®适应症用药。
- *申请者必须是由评估医生判定可以从艾比特®治疗中获益的患者。
- *申请者须在评估医生指导下使用艾比特®治疗不低于一定用药周期。
- *有足够的临床证据证申请者能够从艾比特®治疗中获益, 且未发生因艾比特®治疗引起的不可逆转或者不可耐受的严重不良反应。
- *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。
- *经济上无法持续支付艾比特®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, 申请者继续接受艾比特®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。
- *申请者本人或法定代理人要求停止接受艾比特®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、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。
- *申请者所在地区艾比特®纳入医保, 使用艾比特®可以享受费用报销或所在区域艾比特®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)。
- *由于不可抗力等造成的援助项目被迫中止。

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《特愈芳华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员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。
4. 项目办公室每次收到申请者申请后, 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要求您将未使用过的艾比特®援助药品(药品损毁时为对应市价)全部退回。
6. 申请者领取艾比特®援助药品超过1个月未使用, 连云港一行健康基金会有权直接回收。
7. 申请者需充分理解并愿意承担艾比特®治疗可能产生的所有不良反应。用药过程中如出现不可预知的不良事件, 应及时联系治疗医生进行不良反应的随访。

项目特别声明:

1. 申请者应遵医嘱, 以规范治疗为原则, 知晓所用药品不良反应等相关的药品安全信息, 定期随访, 及时接受治疗。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. 在配送援助药品的过程中, 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。
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艾比特®援助项目热线咨询, 准确、详实地了解项目申请程序及相关要求。
4. 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。
5. 项目评估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; 若项目评估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。
6. 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特愈芳华援助项目。我已知晓《特愈芳华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, 严格遵守特愈芳华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特愈芳华援助项目、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: _____ 申请者身份证号码: _____ 签字日期: _____

家属姓名: _____ 与申请者关系: _____ 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。

特愈芳华援助项目 医学条件评估表

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------|
| 评估医生姓名 | | 所在医院 | |
| 申请者姓名 | | 申请者身份证号 | |
| 申请者电话 | | 申请者联系地址 | |
| 是否是适应症援助 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 是否有可测量的病灶(Recist v1.1) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否有转移病灶 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,简要说明: |
| 是否能从艾比特®治疗方案中获益 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否有不可耐受的不良反应 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,简要说明: |
| 目前疾病情况 | <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD | | |
| 艾比特®治疗情况 | 首次使用艾比特®的时间: _____年____月____日, 至今已服用 _____ 盒 艾比特®每日的给药剂量和频率: _____mg/ <input type="checkbox"/> QD / <input type="checkbox"/> QD用2周停1周 / <input type="checkbox"/> QOD 治疗期间是否有停药: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 治疗期间是否有剂量调整: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 治疗期间如有停药或剂量调整请详细说明: _____ | | |
| 项目医生建议: 是否同意申请者继续服用艾比特®: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 建议后续的给药剂量和频率: _____mg/ <input type="checkbox"/> QD / <input type="checkbox"/> QD用2周停1周 / <input type="checkbox"/> QOD | | | |
| 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。

特愈芳华援助项目 随访观察表

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------|
| 评估医生姓名 | | 所在医院 | |
| 申请者姓名 | | 申请者身份证号 | |
| 申请者电话 | | 申请者联系地址 | |
| 是否是适应症援助 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 是否有可测量的病灶(Recist v1.1) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否有转移病灶 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,简要说明: |
| 是否能从艾比特®治疗方案中获益 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否有不可耐受的不良反应 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,简要说明: |
| 目前疾病情况 | <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD | | |
| 艾比特®治疗情况 | 上次使用艾比特®的时间: _____年____月____日, 至今已服用 _____ 盒 艾比特®每日的给药剂量和频率: _____mg/ <input type="checkbox"/> QD / <input type="checkbox"/> QD用2周停1周 / <input type="checkbox"/> QOD 治疗期间是否有停药: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 治疗期间是否有剂量调整: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 治疗期间如有停药或剂量调整请详细说明: _____ | | |
| 项目医生建议: 是否同意申请者继续服用艾比特®: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 建议后续的给药剂量和频率: _____mg/ <input type="checkbox"/> QD / <input type="checkbox"/> QD用2周停1周 / <input type="checkbox"/> QOD | | | |
| 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。

特愈芳华援助项目 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。

特愈芳华援助项目 专用处方笺

申请者姓名: _____ 申请者援助编号: _____

申请者身份证号: _____

临床诊断: _____

处方

法米替尼 [5mg*60片] _____ 盒

用法用量: _____ mg / ☐ QD / ☐ QD用2周停1周 / ☐ QOD

评估医院: _____

评估医生签字: _____ 评估医生盖章: _____

处方时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

特愈芳华援助项目 申请者变更注册药店/评估医生申请表

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



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