

吉致安心

援助项目手册



目录

CONTENTS

► 一、吉致安心援助项目背景和目的 01

► 二、吉致安心援助项目内容 01

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

► 三、吉致安心援助项目执行流程 03

1.第一援助周期 -----	3
2.第二、三、四援助周期 -----	4
3.援助项目终止 -----	4
4.申请者申请注意事项 -----	4
5.申请者领药注意事项 -----	5
6.项目办公室审核 -----	5

► 四、法律声明 05

► 五、吉致安心援助项目相关申请表格 06

1.吉致安心援助项目申请者知情同意书 -----	7
2.吉致安心援助项目医学条件评估表 -----	8
3.吉致安心援助项目申请者收入证明 -----	9
4.吉致安心援助项目随访观察表 -----	10
5.吉致安心援助项目专用处方笺 -----	11
6.吉致安心援助项目变更注册药店/评估医生申请表 -----	12

吉致安心 援助项目手册



吉致安心援助项目背景和目的

前列腺癌是常见的泌尿男性生殖系统恶性肿瘤，严重威胁男性的健康。为更好的关怀和缓解低收入家庭前列腺癌患者的治疗经济压力、提供疗效及药品可及性的双重保障，帮助患者得到更持久有效的医学治疗，获得更长久的生存获益，在成都盛迪的大力支持下，连云港一行健康基金会发起吉致安心援助项目。

吉致安心援助项目旨在将向符合条件的申请者提供艾瑞吉®慈善药品援助，减轻申请者经济负担，助力申请者获得持续治疗。项目将有助于提升申请者及家属对肿瘤治疗的信心，为申请者带来更长久的生存获益和更好的生活质量。



吉致安心援助项目内容

1. 项目启止时间

1.1 项目启动时间：

2025年7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。

若项目终止，援助周期内申请者的援助数量事宜以基金会最终公布方案执行。

2. 项目援助对象

申请者本人知晓并认可，符合艾瑞吉®获批适应症，由项目医生评估可以使用艾瑞吉®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，可向项目管理办公室申请艾瑞吉®援助药品。

援助范围：中国大陆范围内（除重庆市、西藏自治区）的申请者（即申请者须遵援助范围内医院医生医嘱与处方使用艾瑞吉®不低于一定用药周期）

3. 项目援助政策

3.1 第一援助周期，申请者遵医嘱使用3盒艾瑞吉®，因经济原因无法长期承担治疗费用的，可以提出援助申请。经项目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，可按用法用量按月领取艾瑞吉®援助药品直至满15盒；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3盒艾瑞吉®，经项目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，可按用法用量按月领取艾瑞吉®援助药品直至满15盒。以此循环，直至出组标准。

后续援助中，申请者须进行医学随访，需提供三个月以内的前列腺特异性抗原（Prostate specific antigen, PSA）报告，若经项目医生评估发生PSA进展，需提供最新日期的病灶部位CT/MRI报告，证明疾病无影像学进展。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。

3.2 项目期间，每个申请者最多可参与2年申请，即从第一援助周期起始时间后两整年，起始时间以第一援助周期首次使用艾瑞吉®（发票日期）为准。

3.3 申请发票时间要求：2025年7月1日起。

4. 项目申请条件

申请吉致安心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) 疾病诊断为转移性去势抵抗前列腺癌（mCRPC）、高危转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）。

(2) 申请者必须是经由评估医生判定可以从艾瑞吉®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瑞吉®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瑞吉®治疗中获益，且未发生因艾瑞吉®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瑞吉®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

经批准进入吉致安心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，申请者继续接受艾瑞吉®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瑞吉®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) 申请者所在地区艾瑞吉®纳入医保，使用艾瑞吉®可以享受费用报销或所在区域艾瑞吉®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中止。

*对于医学条件有疑问的申请材料，项目办会经专业评估讨论。

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：arjyuanzhu@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。



吉致安心援助项目执行流程

1. 第一援助周期

1.1 首次申请材料：

- (1) 《吉致安心援助项目申请者知情同意书》。
- (2) 《吉致安心援助项目医学条件评估表》。
- (3) 《吉致安心援助项目申请者收入证明》。
- (4) 3盒艾瑞吉®发票原件。
- (5) 提供距此次申请一个月以内的前列腺特异性抗原 (Prostate specific antigen, PSA) 报告，原件需评估医生签字盖章，非原件需加盖医院鲜章。
- (6) 距本次申请3个月以内的疾病诊断报告 (诊断证明书、门诊病历、出入院记录等) 原件，需清晰展示疾病阶段为转移性去势抵抗前列腺癌 (mCRPC) 或高危转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌 (mHSPC)，原件需评估医生签字及盖章。
- (7) 如是高危转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌 (mHSPC)，需提供 ① 含Gleason评分的病理材料；② 6个月以内的骨扫描报告；③ 内脏部位的6个月以内的CT/MRI报告。

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《吉致安心援助项目专用处方笺》。
- (4) 家属代领，需携带代领人身份证原件或复印件和申请者本人身份证原件。

1.3 本周期内援助药品未领取完毕继续申请材料：

- (1) 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) 用药后，距此次申请三个月以内的前列腺特异性抗原 (Prostate specific antigen, PSA) 报告，原件需评估医生签字盖章，非原件需加盖医院鲜章。(如PSA报告未超期无需提供)
- (3) 《吉致安心援助项目随访观察表》。(如PSA报告未超期无需提供)

1.4 再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《吉致安心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. 第二、三、四援助周期

2.1 首次申请材料：

- (1) 《吉致安心援助项目随访观察表》。
- (2) 3盒艾瑞吉®发票原件。
- (3) 提供距此次申请三个月以内的前列腺特异性抗原 (Prostate specific antigen, PSA) 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 首次领药材料：

领药材料与第一援助周期再次领取援助药品材料一致。

2.3 本周期内援助药品未领取完毕继续申请和领药材料：

申请材料和领药材料，均和第一援助周期本周期内援助药品未领取完毕继续申请材料和再次领取援助药品材料保持一致。

3. 援助项目终止

- 3.1 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。
- 3.2 首张发票时间满两年。
- 3.3 基金会发布公告，项目终止。

4. 申请者申请注意事项

4.1 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瑞吉®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。

4.2 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）。

4.3 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。

4.4 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，如果申请者如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。

4.5 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。

*请注意：援助过程中，若申请者疾病由高危转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）转变为转移性去势抵抗前列腺癌（mCRPC），请申请材料中同步上传疾病诊断报告（要求同第一援助周期首次申请的疾病诊断报告）。

5. 申请者领药注意事项

5.1 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。

5.2 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。

5.3 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《吉致安心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。

5.4 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。

5.5 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的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。

6. 项目办公室审核

6.1 吉致安心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。

6.2 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。

6.3 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；
- * 吉致安心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。



相关申请表格



吉致安心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！为了减轻患者长期服用艾瑞吉®的经济负担，连云港一行健康基金会和成都盛迪共同发起了“吉致安心援助项目”，希望让更多的患者因为艾瑞吉®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3盒艾瑞吉®，因经济原因无法长期承担治疗费用的，可以提出援助申请。经项目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，可按用法用量按月领取艾瑞吉®援助药品直至满15盒；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3盒艾瑞吉®，经项目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，可按用法用量按月领取艾瑞吉®援助药品直至满15盒。以此循环，直至出组标准。 后续援助中，申请者须进行医学随访，需提供三个月以内的前列腺特异性抗原（Prostate specific antigen, PSA）报告，若经项目医生评估发生PSA进展，需提供最新日期的病灶部位CT/MRI报告，证明疾病无影像学进展。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。 项目期间，每个申请者最多可参与2年申请，即从第一援助周期起始时间后两整年，起始时间以第一援助周期首次使用艾瑞吉®（发票日期）为准。
项目申请条件	<p>申请者须符合项目规定的申请条件，具体如下所示：</p> <ul style="list-style-type: none">* 疾病诊断为转移性去势抵抗前列腺癌（mCRPC）、高危转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）。* 申请者必须是经由评估医生判定可以从艾瑞吉®治疗中获益的患者。* 申请者须已在评估医生指导下使用艾瑞吉®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瑞吉®治疗中获益，且未发生因艾瑞吉®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。* 经济上无法持续支付艾瑞吉®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	<p>出现下列情况之一，援助自动终止：</p> <ul style="list-style-type: none">* 评估医生评估，申请者继续接受艾瑞吉®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材料。* 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、虚假的材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瑞吉®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。* 申请者所在地区艾瑞吉®纳入医保，使用艾瑞吉®可以享受费用报销或所在区域艾瑞吉®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《吉致安心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，申请者自行承担责任。
- 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有权要求您将未使用过的艾瑞吉®援助药品（药品损毁时为对应市价）全部退回。
- 6.申请者领取艾瑞吉®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瑞吉®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.申请者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，知晓所用药品的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瑞吉®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吉致安心援助项目。我已知晓《吉致安心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，严格遵守吉致安心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吉致安心援助项目、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。

吉致安心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	
申请者诊断	<input type="checkbox"/> 高危mHSPC <input type="checkbox"/> mCRPC		
是否有可测量的病灶	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有转移病灶	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,转移部位: _____
是否能从艾瑞吉®治疗方案中获益	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有不可耐受不良反应	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,简要说明: _____
PSA值	_____ ng/ml _____ 年 _____ 月 _____ 日		
艾瑞吉®治疗情况	首次使用艾瑞吉®的时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日, 至今已服用 _____ 盒 艾瑞吉®每日的给药剂量和频率: _____ 使用期间是否有停药: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 使用期间是否有剂量调整: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 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瑞吉®: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 建议后续的给药剂量和频率: _____			
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。

吉致安心援助项目 申请者收入证明

申请者姓名：_____ 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。

吉致安心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		
是否有可测量的病灶	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有转移病灶	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,转移部位: _____	
是否能从艾瑞吉®治疗方案中获益	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有不可耐受不良反应	<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
PSA值	_____ng/ml 年____月____日	是否发生PSA进展	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
若发生PSA进展 请结合CT/MRI报告判定 是否发生影像学进展	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
艾瑞吉®治疗情况	上次使用艾瑞吉®的时间: _____年____月____日, 至今已服用_____盒 艾瑞吉®每日的给药剂量和频率: _____ 使用期间是否有停药: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 使用期间是否有剂量调整: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 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瑞吉®: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 建议后续的给药剂量和频率: _____				
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。

吉致安心援助项目 专用处方笺

申请者姓名: _____ 申请者援助编号: _____

申请者身份证号: _____ 性别: _____ 年龄: _____

临床诊断: _____

处
方

醋酸阿比特龙片(II) [150mg*20片]

盒

用法用量: _____

评估医院: _____

评估医生签字: _____ 评估医生盖章: _____

处方时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

吉致安心援助项目 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"/> 变更项目医生		
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