

# 恒久再生

恒曲®慈善项目手册

# 目录

## CONTENTS

一、恒久再生-恒曲®慈善项目背景与目的	1
二、恒久再生-恒曲®慈善项目内容	1
(一)项目起止时间	1
(二)项目援助对象	1
(三)项目政策	2
(四)项目申请条件	2
(五)申请者出组标准	2
(六)项目联系方式	3
(七)项目监察	3
三、恒久再生-恒曲®慈善项目执行流程	4
(一)申请者首次申请援助	4
(二)申请者后续申请援助	4
四、恒久再生-恒曲®慈善项目申请者申请注意事项	5
(一)申请者首次/后续申请	5
(二)申请者发票	5
(三)医学条件评估表	5
(四)变更项目评估医生	5
(五)不良反应处理	5
五、恒久再生-恒曲®慈善项目申请者领药注意事项	5
六、恒久再生-恒曲®慈善项目办公室审核	6
七、法律声明	6
八、恒久再生-恒曲®慈善项目相关申请表格	7
(一)恒久再生—恒曲®慈善项目申请者知情同意书	8
(二)恒久再生—恒曲®慈善项目医学条件评估表	9
(三)恒久再生—恒曲®慈善项目申请者收入证明	10
(四)恒久再生—恒曲®慈善项目专用处方笺	11
(五)恒久再生—恒曲®慈善项目变更注册药店/评估医生申请表	12

# 恒久再生—恒曲®慈善项目手册

## 一、恒久再生-恒曲®慈善项目背景与目的

再生障碍性贫血是一个慢性血液疾病,会逐渐进展,最后危及生命,大多数患者需要长期服药控制疾病。恒曲®(通用名称:海曲泊帕)是由江苏恒瑞医药股份有限公司自主研发的1类创新药物,2021年6月获得药监局批准用于因血小板减少和临床条件导致出血风险增加的既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的慢性原发免疫性血小板减少症(ITP)成人患者,以及既往对免疫抑制治疗疗效不佳的重型再生障碍性贫血(SAA)成人患者,在临床上取得较好的疗效。

为了降低恒曲®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“恒久再生—恒曲®慈善项目”,帮助再生障碍性贫血广大患者在获得更大治疗的支持,提升患者及家属对再生障碍性贫血治疗的信心,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。

## 二、恒久再生-恒曲®慈善项目内容

### (一)项目起止时间

#### 1.项目启动时间:

2024年8月1日

#### 2.项目截止时间:

2026年7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。

### (二)项目援助对象

申请者本人知晓并认可,由项目医生评估可以使用恒曲®进行长期治疗,并从中获益的再生障碍性贫血且满14周岁及以上的患者,但因经济原因,无法长期用药的,可向恒曲®慈善项目办申请使用恒曲®援助药品。

### (三) 项目政策

申请者遵医嘱使用3盒(或者6盒、9盒)恒曲®,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,援助给申请者遵医嘱使用的同等数量恒曲®;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3盒(或者6盒、9盒)恒曲®,经评估医生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,可申请恒曲®援助药品3盒(或者6盒、9盒)。依此循环,直至项目截止或申请者达到出组标准。

后续援助中,申请者需提供40天内的血常规和血生化报告,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。

援助周期起始时间以首张购买恒曲®发票日期为准。

### (四) 项目申请条件

申请恒久再生-恒曲®慈善项目的申请者须符合项目申请条件,具体如下所示:

#### 1.医学条件:

- (1)明确诊断再生障碍性贫血的患者。
- (2)申请者必须是经由评估医生判定可以从恒曲®治疗中获益的再生障碍性贫血患者。
- (3)申请者须已在评估医生指导下使用恒曲®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恒曲®治疗中获益,且未发生因恒曲®治疗引起的不可逆转或者不可耐受的严重不良反应。

#### 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14周岁及以上。
- (3)经济上无法持续支付恒曲®治疗费用。
- (4)申请者用药过程应当接受慈善项目的随访要求,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。**

### (五) 申请者出组标准

经批准进入恒久再生-恒曲®慈善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,申请者继续接受恒曲®治疗无法获益,或在治疗期间发生严重不良反应。

(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恒曲®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慈善项目管理办公室、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) 申请者使用恒曲®可以享受费用报销或所在区域恒曲®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慈善项目被迫中止。

\*对于医学条件有疑问的申请材料, 项目办会经专业评估讨论。

## (六) 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: hquanzhu@163.com

## (七) 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。



## 三、恒久再生-恒曲®慈善项目执行流程

### (一) 申请者首次申请援助

#### 1. 首次援助申请材料:

- (1)《恒久再生-恒曲®慈善项目申请者知情同意书》。
- (2)《恒久再生-恒曲®慈善项目医学条件评估表》。
- (3)《恒久再生-恒曲®慈善项目申请者收入证明》。
- (4)3盒(或者6盒、9盒)恒曲®发票原件。
- (5)提供距此次申请40天以内的血常规报告, 血生化报告, 原件评估医生盖章签字。
- (6)提供明确诊断“再生障碍性贫血”的诊断报告, 原件需评估医生盖章签字。

#### 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《恒久再生-恒曲®慈善项目专用处方笺》。
- (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。

### (二) 申请者后续申请援助

#### 1. 后续援助申请材料:

- (1)3盒(或者6盒、9盒)恒曲®发票原件。
- (2)提供距此次申请40天以内的血常规报告, 血生化报告, 原件评估医生盖章签字(如最近一次提供的未超40天, 不用重新提供)。

- (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. 后续领取援助药品材料

- (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《恒久再生-恒曲®慈善项目专用处方笺》。
- (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的空包装(药盒)。

## 四、恒久再生-恒曲®慈善项目申请者申请注意事项

### (一) 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恒曲®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。

### (二) 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(医院盖章)。

### (三) 医学条件评估表

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。

### (四) 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, 如果申请者变换就诊地址需要变更项目评估医生, 需填写慈善项目变更评估医生申请表, 经双方评估医生及项目管理办公室同意方可变更。

### (五) 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。

## 五、恒久再生-恒曲®慈善项目申请者领药注意事项

(一) 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。

(二) 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。

(三) 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《恒久再生-恒曲®慈善项目专用处方笺》。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。

(四) 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。

(五) 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, 但不可提前超过一周, 申请者领药时间不可延迟超过一个月, 如申请者在规定时间的一个月未领取援助药品, 项目将视申请者为退出援助申请。

## 六、恒久再生-恒曲®慈善项目办公室审核

(一) 恒久再生-恒曲®慈善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。

(二) 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。

(三) 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。

## 七、法律声明

\*本项目为自愿报名形式;

\*恒久再生-恒曲®慈善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。



# 恒久再生

恒曲®慈善项目手册  
相关申请表格

# 恒久再生-恒曲®慈善项目 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!为了降低恒曲®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“恒久再生-恒曲®慈善项目”,帮助广大患者在重大疾病情况下获得更大的支持,满足并鼓励申请者与疾病抗争的物质与精神需求。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

申请者遵医嘱使用3盒(或者6盒、9盒)恒曲®,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,援助给申请者遵医嘱使用的同等数量恒曲®;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3盒(或者6盒、9盒)恒曲®,经评估医生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,可申请恒曲®援助药品3盒(或者6盒、9盒)。依此循环,直至项目截止或申请者达到出组标准。

\* 后续援助中,申请者需提供40天内的血常规和血生化报告,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。

## 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:

- \* 明确诊断再生障碍性贫血的患者。
- \* 申请者必须是经由评估医生判定可以从恒曲®治疗中获益的再生障碍性贫血患者。
- \* 申请者须已在评估医生指导下使用恒曲®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恒曲®治疗中获益,且未发生因恒曲®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。
- \* 申请者年龄须满14周岁及以上。
- \* 经济上无法持续支付恒曲®治疗费用。
- \* 申请者用药过程应当接受慈善项目的随访要求,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,申请者继续接受恒曲®治疗无法获益,或在治疗期间发生不可耐受的毒副反应。
- \* 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,或经核查不符合项目申请条件。
- \* 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恒曲®治疗。
- \* 申请者死亡或出现重大变故。
- \* 申请者及家属严重干扰慈善项目办公室、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,向上述机构或人员进行贿赂的。
- \* 申请者使用恒曲®可以享受费用报销或所在区域恒曲®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慈善项目被迫中止。
- \* 对于医学条件有疑问的申请材料,项目办会经专业评估讨论。

## 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《恒久再生-恒曲®慈善项目申请者知情同意书》,按照项目规定接受援助。
- 2.本项目为慈善项目,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慈善项目时,连云港一行健康基金会有权要求您将未使用过的恒曲®援助药品(药品损毁时为对应市价)全部退回。
- 6.申请者领取恒曲®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恒曲®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,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,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恒曲®慈善项目热线咨询,以准确、详实的了解项目申请程序及相关要求。
- 4.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恒久再生-恒曲®慈善项目。我已知晓《恒久再生-恒曲®慈善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,严格遵守恒久再生-恒曲®慈善项目的各项规定,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恒久再生-恒曲®慈善项目、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。

# 恒久再生—恒曲®慈善项目 医学条件评估表

评估医生姓名		所在医院	
申请者姓名		身份证号	
申请者电话		联系地址	
是否预期能从恒曲®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		
恒曲®治疗方案、治疗史	首次使用恒曲®时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日, 至今已使用 _____ 盒 恒曲®用法用量: _____ mg/日 恒曲®治疗方案: <input type="checkbox"/> 恒曲®单药 <input type="checkbox"/> 恒曲®联合IST, 化疗方案: _____  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: _____		
项目评估医生建议: 是否同意继续使用恒曲®: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 建议使用剂量: _____ 计划下次使用恒曲®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。



## 恒久再生—恒曲®慈善项目 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。

## 恒久再生-恒曲®慈善项目 专用处方笺

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

申请者身份证号: \_\_\_\_\_

临床诊断: \_\_\_\_\_

处方

海曲泊帕乙醇胺片2.5mg\*14片\_\_\_\_\_盒

用法用量: \_\_\_\_\_(mg/日)

评估医院: \_\_\_\_\_

评估医生签字: \_\_\_\_\_ 评估医生盖章: \_\_\_\_\_

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



## 恒久再生—恒曲®慈善项目 变更注册药店/评估医生申请表

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