

予暖同行

艾维达® 援助项目手册

目录

CONTENTS

一、予暖同行-艾维达®援助项目背景与目的 01

二、予暖同行-艾维达®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	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	2
7.项目监察	2

三、予暖同行-艾维达®援助项目执行流程 03

四、予暖同行-艾维达®援助项目注意事项 03

1.申请者申请注意事项	3
2.申请者领药注意事项	4
3.项目办公室审核	5

五、法律声明 05

六、予暖同行-艾维达®援助项目相关表格 06

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

予暖同行-艾维达®援助项目手册

一 予暖同行-艾维达®援助项目背景与目的

肺癌是全球范围内发病率和死亡率最高的恶性肿瘤之一，对人类的健康构成了严重威胁。我国每年新发肺癌约106万，其中非小细胞肺癌（NSCLC）疾病人数占85%-87.6%，年新发约78-92万，发病率/死亡率居恶性肿瘤首位。

艾维达®（通用名称：注射用瑞康曲妥珠单抗）是苏州盛迪亚生物医药有限公司旗下产品。适用于治疗存在HER2（ERBB2）激活突变且既往接受过至少一种系统治疗的不可切除的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）成人患者，其用于治疗HER2阳性乳腺癌的上市许可申请也已获受理并纳入优先审评，2026年2月10日，注射用瑞康曲妥珠单抗用于治疗HER2阳性结直肠癌的药品上市许可申请也获受理并纳入优先审评。

艾维达®虽然已经纳入2025年国家医保目录，但对部分患者仍有支付压力，鉴于非小细胞肺癌严峻的疾病负担，以及在推进精准诊疗过程中存在的药物可及性差和社会经济差异导致的治疗不公，在苏州盛迪亚的支持下连云港一行健康基金会发起“予暖同行-艾维达®援助项目”，向浙江区域申请者援助药品艾维达®，提高创新药物的可及性，帮助申请者获取持续和有效的治疗支持，提高生活质量。

二 予暖同行-艾维达®援助项目内容

1.项目起止时间

1.1 项目启动时间

2026年3月

1.2 项目截止时间

2027年3月

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结项安排。

2.项目援助对象

申请者本人知晓并认可，符合艾维达®获批适应症，且由项目医生评估可以使用艾维达®进行治疗并从中获益，但因经济原因，有用药负担的申请者，可向基金会项目管理办公室申请援助药品。

说明：出于公益目的考虑，若申请者情况特殊，需要超说明书用药，须符合《中华人民共和国医师法》对超说明书用药的规定，且由项目医生填写项目医学评估表，经审核通过后再援助。

援助对象：浙江省范围内申请者（即遵浙江省内医院医生医嘱与处方使用艾维达®不低于一定用药周期的申请者）。

3.项目援助政策

一个援助周期内，申请者遵医嘱使用两个周期艾维达®，因经济原因有用药负担的申请者，可以向基金会提出援助申请。经项目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，可援助给申请者一个周期的艾维达®。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两个周期艾维达®，经项目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，可援助给申请者一个周期的艾维达®。依此循环，直至项目截止或者申请者达到出组标准。

后续援助中，申请者须进行医学随访，需每三个月上传CT/MRI检查报告，证明疾病无进展并集齐相关材料，项目办审核通过后，可继续预约援助药品领取。

申请者发票时间要求：2026年3月1日之后。

一个援助周期结束后，申请者如需更多帮助，需重新评估申请，进入新的援助周期。

4. 项目申请条件

申请本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) 经国家药品监督管理局批准适应症的申请者。

说明：出于公益目的考虑，若申请者情况特殊，需要超说明书用药，须符合《中华人民共和国医师法》对超说明书用药的规定，且由项目医生填写项目医学评估表，经审核通过后再援助。

(2) 申请者须由医生判定可以从艾维达®治疗中获益。

(3) 申请者须已在医生指导下使用艾维达®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维达®治疗中获益，且未发生因艾维达®治疗引起的不可逆转或者不可耐受的不良反应。（相关判定标准应符合艾维达®治疗的基本原则）

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) 经济上持续支付艾维达®的治疗费用有负担的申请者。

(3) 申请者用药过程应当接受申请者援助项目的随访要求，随访方式包括但不限于电话以及相关平台的在线沟通等。

***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

经批准进入本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，申请者继续接受艾维达®治疗无法获益，或在治疗期间发生不可耐受的不良反应。

(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，或经核查不符合援助条件。

(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维达®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基金会及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) 申请者未能及时申领援助药品1个月以上（特殊情况请先到项目办备案）。

(9) 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，基金会会经综合评估讨论。**

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：awdyuanzhu@163.com

7. 项目监察

基金会与项目办对获援助申请者会进行不定期抽查，核对个人信息和医学资料。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

予暖同行-艾维达®援助项目执行流程

1. 第一援助周期

1.1 申请者申请所需材料

- (1) 《予暖同行-艾维达®援助项目申请者知情同意书》
- (2) 《予暖同行-艾维达®援助项目医学条件评估表》
- (3) 《予暖同行-艾维达®援助项目申请者收入证明》
- (4) 两个用药周期的艾维达®发票原件
- (5) 提供距此次申请三个月以内体现病灶部位的CT/MRI报告，原件需项目医生签字盖章。
- (6) 提供距此次申请一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），需体现疾病类型等，原件需项目医生签字盖章。

1.2 领取援助药品所需材料（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（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) 项目公众号发出的领药二维码
- (3) 项目医生开具并签字盖章的《予暖同行-艾维达®援助项目专用处方笺》
- (4) 《予暖同行-艾维达®援助项目冷藏链产品保存知情同意书》

2. 第二、三和四等援助周期

2.1 申请者申请所需材料

- (1) 两个用药周期的艾维达®发票原件
- (2) 上一次领取的援助药品损坏空药盒（空药盒需拍到追溯码信息）
- (3) 上次援助药品的注射记录，下述任选其一：
 - ① 医院出具的全机打输液包图片（需包含申请者信息、药品名称、使用剂量、输注日期等）；
 - ② 体现输注过程的门诊病历、出入院小结、临时医嘱单等，项目医生签字盖章以及医院盖章。
- (4) 《予暖同行-艾维达®援助项目随访观察表》（如报告未超期无需提供）
- (5) 用药后，距此次申请三个月以内体现病灶部位的CT/MRI报告，原件需项目医生签字盖章。（如报告未超期无需提供）

2.2 领取援助药品所需材料（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（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) 项目公众号发出的领药二维码
- (3) 项目医生开具并签字盖章的《予暖同行-艾维达®援助项目专用处方笺》
- (4) 《予暖同行-艾维达®援助项目冷藏链产品保存知情同意书》

四

予暖同行-艾维达®援助项目注意事项

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维达®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，项目办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的空药盒（拍摄实物），需清晰显示药盒追溯码信息。

1.2 艾维达®发票

申请援助的申请者需提供艾维达®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维达®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 疾病诊断报告要求

(1) 疾病诊断报告（诊断证明书、门诊病历、出入院记录等），需明确体现疾病类型以及艾维达®的使用记录，原件项目医生签字盖章。

(2) 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 CT/MRI报告要求

(1) 项目要求申请者使用艾维达®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，并由项目医生签字盖章评估，判断申请者是否适合继续使用艾维达®治疗。

(2) 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。

1.6 援助药品输液记录

依据药品说明书描述，为确保在安全环境下进行用药操作，注射需在符合资质的医疗机构内，由专业医护人员完成注射。

1.7 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。

1.8 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 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药店，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。

2.3 艾维达®为冷藏链药品，需要在2-8°C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《予暖同行-艾维达®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。

2.4 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项目医生处开具《予暖同行-艾维达®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。

2.5 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未领取援助药品，项目将视申请者为退出援助申请（特殊情况请联系项目办备案）。

3.项目办公室审核

3.1 予暖同行-艾维达®援助项目管理办公室负责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。

五 法律声明

- * 本项目为自愿参与形式；
- * 予暖同行-艾维达®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，仅作为项目认证申请者个人身份使用，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、执行和检查审计。

予暖同行

艾维达® 援助项目相关表格

予暖同行-艾维达®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! 为了降低艾维达®获益患者的治疗费用, 由连云港一行健康基金会, 苏州盛迪亚生物医药有限公司, 共同发起了予暖同行-艾维达®援助项目, 帮助广大患者在重大疾病情况下获得治疗支持, 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

- *一个援助周期内, 申请者遵医嘱使用两个周期艾维达®, 因经济原因有用药负担的申请者, 可以向基金会提出援助申请。经项目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, 可援助给申请者一个周期的艾维达®。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两个周期艾维达®, 经项目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, 可援助给申请者一个周期的艾维达®。依此循环, 直至项目截止或者申请者达到出组标准。
- *后续援助中, 申请者须进行医学随访, 需每三个月上传CT/MRI 检查报告, 证明疾病无进展并集齐相关材料, 项目办审核通过后, 可继续预约援助药品领取。
- *申请者发票时间要求: 2026年3月1日之后。
- *一个援助周期结束后, 申请者如需更多帮助, 需重新评估申请, 进入新的援助周期。

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:
- *经国家药品监督管理局批准适应症的申请者。
 - 说明:出于公益目的考虑, 若申请者情况特殊, 需要超说明书用药, 须符合《中华人民共和国医师法》对超说明书用药的规定, 且由项目医生填写项目医学评估表, 经审核通过后再援助。
 - *申请者须由医生判定可以从艾维达®治疗中获益。
 - *申请者须在医生指导下使用艾维达®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维达®治疗中获益, 且未发生因艾维达®治疗引起的不可逆转或者不可耐受的不良反应。(相关判定标准应符合艾维达®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。
 - *经济上持续支付艾维达®的治疗费用有负担的申请者。
 - *申请者用药过程应当接受申请者援助项目的随访要求, 随访方式包括但不限于电话以及相关平台的在线沟通等。
 - *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, 申请者继续接受艾维达®治疗无法获益, 或在治疗期间发生不可耐受的不良反应。
 - *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, 或经核查不符合援助条件。
 - *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维达®治疗。
 - *申请者死亡或出现重大变故。
 - *申请者及家属严重干扰基金会及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。
 - *申请者未能及时申领援助药品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《予暖同行-艾维达®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. 申请者领取艾维达®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。
6. 申请者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维达®援助药品(药品损毁时为对应市价)全部退回。
7. 申请者需充分理解并愿意承担艾维达®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予暖同行-艾维达®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, 仅作为项目认证申请者个人身份使用, 不涉及其他用途。
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的检查与审计。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予暖同行-艾维达®援助项目。我已知晓《予暖同行-艾维达®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, 严格遵守予暖同行-艾维达®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予暖同行-艾维达®援助项目、连云港一行健康基金会以及合作方造成损失, 我将承担全部责任。

申请者签字: _____ 申请身份证号码: _____ 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。

予暖同行-艾维达®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		身份证号	
申请者电话		联系地址	
是否是适应症用药	<input type="checkbox"/> 是，疾病类型描述：_____		
	<input type="checkbox"/> 否，疾病类型描述：_____ 超说明书用药依据/原因： <input type="checkbox"/> 该疾病领域艾维达®有相关指南推荐； <input type="checkbox"/> 该疾病领域艾维达®有相关研究数据； <input type="checkbox"/> 该疾病领域申请者无已经获批的标准治疗方案； <input type="checkbox"/> 其他请说明：_____		
是否有可医学评估病灶	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有转移病灶	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否预期能从艾维达®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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
目前疾病情况	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD		
艾维达®治疗方案、治疗史	首次使用艾维达®时间：_____年_____月_____日，至今已使用_____瓶 艾维达®用法用量：_____周_____瓶（100mg/瓶） 艾维达®治疗方案： <input type="checkbox"/> 艾维达®单药 <input type="checkbox"/> 艾维达®联合化疗，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：_____		
项目医生建议： 是否同意继续使用艾维达®： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 建议使用剂量：_____			
计划下次使用艾维达®时间：_____年_____月_____日			
项目医生签字盖章		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。

予暖同行-艾维达®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：

- 1.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。
- 2.该项目为慈善援助项目，将受到国家有关部门审计，请如实填写，如有不实或隐瞒，将取消援助资格，情节严重者将负法律责任。
- 3.表格中所有内容均需填写，不得空缺和涂改。
- 4.如有任何疑问请致电400-8286-882或0518-81085180

予暖同行-艾维达®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: _____

是否同意继续使用艾维达®: 是 否

临床诊断: _____

处方

注射用瑞康曲妥珠单抗（艾维达®）_____ 盒

[规格]: 100mg/瓶

评估医院: _____

项目医生签字: _____ 项目医生盖章: _____

处方时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

予暖同行-艾维达®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。

注射用瑞康曲妥珠单抗(商品名:艾维达®)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 responsibility。

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度保存注射用瑞康曲妥珠单抗可能发生的后果。

我自愿参与予暖同行-艾维达®援助项目,同意并将严格遵守项目的各项规定,自愿按程序申领援助药品。

申请者签字: _____

领药人签字: _____

领药时间: _____

予暖同行-艾维达®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	
是否有转移病灶	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 转移部位: _____		
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		
艾维达® 治疗方案、治疗史	上次使用艾维达®时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日, 至今已使用 _____ 瓶 艾维达®用法用量: _____ 周 _____ 瓶 (100mg/瓶) 艾维达®治疗方案: <input type="checkbox"/> 艾维达®单药 <input type="checkbox"/> 艾维达®联合化疗, 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: _____ _____		
项目医生建议: 是否同意继续使用艾维达®: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 建议使用剂量: _____ 计划下次使用艾维达®时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日			
项目医生签字盖章		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。

予暖同行-艾维达®援助项目 变更注册药店/项目医生申请表

申请者姓名		申请者援助编号	
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	

予暖同行-艾维达®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