



# 中华慈善总会爱必妥慈善援助项目 再次申请患者告知书

亲爱的患者：

对于再次申请中华慈善总会爱必妥慈善援助项目的患者，特作如下通告：

## 援助条件：

1. 初次获得项目援助的过程中，没有任何违反项目规定的情况发生的，仅因为疗程到期退出项目的；
2. 经过再次连续使用爱必妥至少1个月以上，有足够的临床证据证实患者能够从爱必妥治疗中获益且未发生因爱必妥治疗引起的不可逆转或者不可耐受的严重不良反应。（获益是指肿瘤病灶按照RECIST评价标准没有进展）；
3. 经济上无法继续承担爱必妥治疗费用。

## 申请资料：

1. 经项目注册医生签字盖章确认的《中华慈善总会爱必妥慈善援助项目再次申请医学条件评估表》。
2. 经患者本人签字确认的《患者知情同意书》。
3. 末次疗程援助药品使用记录原件。
4. 使用爱必妥期间最近一次常规CT或MRI检查报告复印件。
5. 再次使用爱必妥的1个月自费期原始购药发票（发票显示的用药总剂量不少于1000mg/m<sup>2</sup>）。

## 项目规定：

除按上述要求如实申报资料以外，患者必须遵守《中华慈善总会爱必妥慈善援助项目患者告知书》及《中华慈善总会爱必妥慈善援助项目再次申请患者告知书》的全部内容。如有任何违反规定的情况出现，将被取消援助资格。

您的所有申请材料请通过中国邮政EMS邮寄到本项目指定信箱：北京市100034信箱27分箱中华慈善总会爱必妥项目办公室。

如果您有任何问题，请咨询中华慈善总会爱必妥慈善援助项目办公室，项目热线：400-686-5525，也可登录项目网站：<http://ecpapccf.org.cn/>查询，项目所需表格可从该网站下载，所有材料统一使用A4纸张打印或复印。

中华慈善总会  
爱必妥慈善援助项目办公室  
2017年1月

## 患者知情同意书

患者本人在此申明：我知晓自身病情，已知晓《中华慈善总会爱必妥慈善援助项目再次申请患者告知书》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，愿意接受中华慈善总会的调查核实，严格遵守爱必妥项目的各项规定，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按时前往发药点领取援助药品，亲自到注册医生处进行复查随访。如因本人或本人亲属任何言行对爱必妥项目、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

患者姓名（正楷）：\_\_\_\_\_

患者签字：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_



# 中华慈善总会爱必妥慈善援助项目

## 再次申请医学条件评估表

医院名称			
患者姓名	身份证号		
患者编号	性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
上次领药城市 (发药点)			
再次使用爱必妥 治疗日期	再次爱必妥治疗 疗程(月)		
在接受爱必妥治疗期间是否有可医学评价病灶		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
按照RECIST标准评估爱必妥治疗效果		<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD	
体力状况(PS)评分		<input type="checkbox"/> ≤3分 <input type="checkbox"/> ≥4分	
建议爱必妥继续 治疗, 用法用量	<input type="checkbox"/> 单周, 第一周_____瓶, 第二周_____瓶		<input type="checkbox"/> 双周, 共_____瓶
填表时间	项目注册医生 签字盖章		

填表说明: 1、此表由注册医生填写, 填写完成后将此表原件及援助药品使用记录(4次/单周; 2次/双周)和最近一次常规CT或MRI检查报告复印件邮寄到项目办公室。(如援助药品使用记录为复印件, 须加盖医院复印件专用章。)

2、自签字日期起, 此表有效期为30个自然日。

注: 患者自开始接受爱必妥治疗起须至少每两月进行一次常规CT检查。