



中 华 慈 善 总 会

爱必妥慈善援助项目

申请表

患者姓名：_____

申请日期：_____

中华慈善总会爱必妥慈善援助项目 患者告知书

（请逐条仔细阅读后，在患者告知书及患者知情同意书上签字）

亲爱的患者：

中华慈善总会爱必妥慈善援助项目是中华慈善总会接受默克雪兰诺有限公司捐赠爱必妥药品而设立的慈善项目，为帮助申请人顺利得到援助，特作如下公告：

申请条件

医学条件：18 周岁以上的患者，本人知晓自己患 KRAS 野生型或 RAS 野生型转移性结直肠癌，经本项目注册医生医学评估为符合爱必妥中国药品适应症，并能从爱必妥继续治疗中获益。

患者在接受爱必妥药品治疗期间必须有可医学评价病灶。

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）

患者体力状态 PS \leq 3 分，能够亲自前往发药点领取援助药品。

经济条件：低保患者以及经济上无法持续承担爱必妥治疗费用的中国大陆患者。

申请材料由中华慈善总会爱必妥慈善援助项目办公室审核，不符合条件的患者不能得到项目援助。

因援助数量有限，满足上述条件并不等于一定能得到援助。

项目申请要求

患者必须如实提交所有材料，凡提交虚假材料或不如实提交所需材料者，将彻底失去受助资格。

患者及家属须积极配合，保证与项目办公室通讯联络畅通，主动拨打项目热线电话咨询、主动登录项目网站查询相关信息。因患者自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担 responsibility。

项目办公室每次收到患者资料后，审核时间为 10 个工作日。逾期未接到审核结果通知的患者，请主动来电查询审核结果。

项目援助要求

已经批准获得援助的入组患者，务必仔细阅读并妥善保管《患者入组特别提示》，按照项目规定接受援助。

受助患者必须每次亲自按时到指定发药点领取援助药品，按时接受医学随访。如有任何违反项目援助规定、干扰项目办公室和发药点及注册医生正常工作的情况，将取消受助资格。

项目注册医生评估暂停使用爱必妥的患者或因自身原因不能按时领药的患者，请患者或直系亲属及时与中华慈善总会爱必妥慈善援助项目办公室联系说明情况。超过 90 个自然日未按时领药并且不主动向项目办公室做任何说明的患者将视作自动放弃受助资格。

项目办公室定期对受助患者进行医学和经济抽查，请患者妥善保存影像学检查等病理资料原件。如不配合抽查或者抽查结果不合格，将取消受助资格。

本项目为慈善项目，本会工作人员或项目注册医生不得对您收取任何费用。如发现上述行为，请您立即举报。如您或您的家属有向上述人员行贿的行为，将失去受助资格。

无论因任何原因退出援助项目时，中华慈善总会要求您将未使用过的爱必妥援助药品全部退回项目办公室。

不得将援助药品出售或转赠他人，一经发现立即取消受助资格并视具体情况追究相应责任。

患者出组标准

已经批准入组的患者在出现以下任何一个情况时，将自动退出项目：

患者自动放弃援助资格。

经注册医生评估患者按照 RECIST 标准出现肿瘤进展。

经注册医生评估患者使用爱必妥引起不可逆转或不可耐受的严重不良反应。

患者不能按项目规定亲自按时领取援助药品。

患者不能按项目规定亲自按时到注册医生处开具处方、复查随访并进行 CT 或 MRI 检查。

患者受助期间，经济条件变化而不再符合项目援助范围。

患者将援助药品出售或转赠他人。

患者提供不实的医学、经济、身份证明等资料。

患者不能配合抽查或抽查结果不合格。

患者及家属严重干扰中华慈善总会、发药点、注册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。

因不可抗力因素致使项目终止。

联系方式

项目热线：400-686-5525

项目网站：<http://ecpapccf.org.cn/>（项目表格请从该网站下载，使用A4纸张打印或复印）

邮寄地址：北京市 100034 信箱 27 分箱（请务必通过中国邮政 EMS 邮寄）

收件人：爱必妥项目办公室

特别声明

本项目为慈善项目，患者自愿参加，需患者本人直接申请，项目办公室不接受任何其他人员代表患者进行项目申请。

患者需充分理解并愿意承担爱必妥单药治疗或与化疗联合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，必要时默克公司会联系治疗医生或者患者本人进行不良事件的随访。

患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，定期随访，及时接受治疗。中华慈善总会对患者的病情和治疗，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。

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，中华慈善总会不承担任何责任和义务。

项目注册医生作为中华慈善总会医务志愿者无偿参与项目，其职责是依据本人的专业能力和职业技能为需要援助的患者提供医学评估、医学随访并开具项目专用处方。

申请项目均按项目办公室发出的正式信息为准，项目办公室不为患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中华慈善总会爱必妥慈善援助项目热线咨询，以准确、详实的了解项目申请程序及相关要求。

中华慈善总会对患者信息将严格保密，患者的信息仅用于项目的管理、执行和审计，以及患者户籍或医保所在地相关政府部门。

对申请和受助中出现任何问题，患者与项目办公室协商解决。协商不成，在中华慈善总会所在地法院依法判决。

中华慈善总会爱必妥慈善援助项目办公室对项目拥有最终解释权。

中华慈善总会
爱必妥慈善援助项目办公室
2017 年 1 月

患者签字：_____

签字日期：_____

患者保留
(敬请留存)

中华慈善总会爱必妥慈善援助项目 患者告知书

（请逐条仔细阅读后，在患者告知书及患者知情同意书上签字）

亲爱的患者：

中华慈善总会爱必妥慈善援助项目是中华慈善总会接受默克雪兰诺有限公司捐赠爱必妥药品而设立的慈善项目，为帮助申请人顺利得到援助，特作如下公告：

申请条件

医学条件：18 周岁以上的患者，本人知晓自己患 KRAS 野生型或 RAS 野生型转移性结直肠癌，经本项目注册医生医学评估为符合爱必妥中国药品适应症，并能从爱必妥继续治疗中获益。

患者在接受爱必妥药品治疗期间必须有可医学评价病灶。

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）

患者体力状态 PS ≤ 3 分，能够亲自前往发药点领取援助药品。

经济条件：低保患者以及经济上无法持续承担爱必妥治疗费用的中国大陆患者。

申请材料由中华慈善总会爱必妥慈善援助项目办公室审核，不符合条件的患者不能得到项目援助。

因援助数量有限，满足上述条件并不等于一定能得到援助。

项目申请要求

患者必须如实提交所有材料，凡提交虚假材料或不如实提交所需材料者，将彻底失去受助资格。

患者及家属须积极配合，保证与项目办公室通讯联络畅通，主动拨打项目热线电话咨询、主动登录项目网站查询相关信息。因患者自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担 responsibility。

项目办公室每次收到患者资料后，审核时间为 10 个工作日。逾期未接到审核结果通知的患者，请主动来电查询审核结果。

项目援助要求

已经批准获得援助的入组患者，务必仔细阅读并妥善保管《患者入组特别提示》，按照项目规定接受援助。

受助患者必须每次亲自按时到指定发药点领取援助药品，按时接受医学随访。如有任何违反项目援助规定、干扰项目办公室和发药点及注册医生正常工作的情况，将取消受助资格。

项目注册医生评估暂停使用爱必妥的患者或因自身原因不能按时领药的患者，请患者或直系亲属及时与中华慈善总会爱必妥慈善援助项目办公室联系说明情况。超过 90 个自然日未按时领药并且不主动向项目办公室做任何说明的患者将视作自动放弃受助资格。

项目办公室定期对受助患者进行医学和经济抽查，请患者妥善保存影像学检查等病理资料原件。如不配合抽查或者抽查结果不合格，将取消受助资格。

本项目为慈善项目，本会工作人员或项目注册医生不得对您收取任何费用。如发现上述行为，请您立即举报。如您或您的家属有向上述人员行贿的行为，将失去受助资格。

无论因任何原因退出援助项目时，中华慈善总会要求您将未使用过的爱必妥援助药品全部退回项目办公室。

不得将援助药品出售或转赠他人，一经发现立即取消受助资格并视具体情况追究相应责任。

患者出组标准

已经批准入组的患者在出现以下任何一个情况时，将自动退出项目：

患者自动放弃援助资格。

经注册医生评估患者按照 RECIST 标准出现肿瘤进展。

经注册医生评估患者使用爱必妥引起不可逆转或不可耐受的严重不良反应。

患者不能按项目规定亲自按时领取援助药品。

患者不能按项目规定亲自按时到注册医生处开具处方、复查随访并进行 CT 或 MRI 检查。

患者受助期间，经济条件变化而不再符合项目援助范围。

患者将援助药品出售或转赠他人。

患者提供不实的医学、经济、身份证明等资料。

患者不能配合抽查或抽查结果不合格。

患者及家属严重干扰中华慈善总会、发药点、注册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。

因不可抗力因素致使项目终止。

联系方式

项目热线：400-686-5525

项目网站：<http://ecpapccf.org.cn/>（项目表格请从该网站下载，使用A4纸张打印或复印）

邮寄地址：北京市 100034 信箱 27 分箱（请务必通过中国邮政 EMS 邮寄）

收件人：爱必妥项目办公室

特别声明

本项目为慈善项目，患者自愿参加，需患者本人直接申请，项目办公室不接受任何其他人员代表患者进行项目申请。

患者需充分理解并愿意承担爱必妥单药治疗或与化疗联合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，必要时默克公司会联系治疗医生或者患者本人进行不良事件的随访。

患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，定期随访，及时接受治疗。中华慈善总会对患者的病情和治疗，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。

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，中华慈善总会不承担任何责任和义务。

项目注册医生作为中华慈善总会医务志愿者无偿参与项目，其职责是依据本人的专业能力和职业技能为需要援助的患者提供医学评估、医学随访并开具项目专用处方。

申请项目均按项目办公室发出的正式信息为准，项目办公室不为患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中华慈善总会爱必妥慈善援助项目热线咨询，以准确、详实的了解项目申请程序及相关要求。

中华慈善总会对患者信息将严格保密，患者的信息仅用于项目的管理、执行和审计，以及患者户籍或医保所在地相关政府部门。

对申请和受助中出现任何问题，患者与项目办公室协商解决。协商不成，在中华慈善总会所在地法院依法判决。

中华慈善总会爱必妥慈善援助项目办公室对项目拥有最终解释权。

中华慈善总会
爱必妥慈善援助项目办公室
2017 年 1 月

患者签字：_____

签字日期：_____

中华慈善总会保留
(此页需邮寄)



患者知情同意书

患者本人在此申明：我知晓自身病情，自愿按程序申请中华慈善总会爱必妥慈善援助项目。我已知晓《中华慈善总会爱必妥慈善援助项目患者告知书》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。

患者签字：_____

签字日期：_____

患者保留
(敬请留存)



患者知情同意书

患者本人在此申明：我知晓自身病情，自愿按程序申请中华慈善总会爱必妥慈善援助项目。我已知晓《中华慈善总会爱必妥慈善援助项目患者告知书》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。

患者签字：_____

签字日期：_____

一、填表说明

1. 纸质表需要患者用钢笔或圆珠笔逐栏正楷填写，不得涂改。电子版及纸质版全部内容不得空缺，没有填“无”。

2. 患者或直系亲属通过项目网站填写提交《中华慈善总会爱必妥慈善援助项目申请表》，同时把《中华慈善总会爱必妥慈善援助项目医学条件评估表》、病理报告扫描件一并从网上提交。等待项目办公室审核电话。

3. 纸质表可由患者本人或直系亲属填写，其中患者签字部分必须由患者本人填写，如患者无法写字，需要家属代签字后，由患者本人在自己签名处加盖手印。

二、需邮寄的所有申请材料

※ 经济证明：

1. 《中华慈善总会爱必妥慈善援助项目申请表》1 份。

《患者基本信息登记表》中需加盖公章处的，请到当地民政部门或者所在辖区乡镇人民政府、街道办事处签字盖章；《患者配偶或直系亲属经济情况登记表》根据自身工作状态，由单位人事部门签字并盖人事专用章或当地民政部门或者所在辖区乡镇人民政府、街道办事处签字盖章。

※ 身份证明：

1. 患者本人身份证正反面复印件 1 张。

2. 患者本人和直系亲属（包括患者的父母，配偶，全部子女）的户口簿复印件各 1 份。

※ 医学证明：

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医学条件评估表》1 份。

2. 病理报告原件或复印件加盖医院复印件专用章。

提示：不具备上网条件的患者，以上材料请在完成医学评估后邮寄。

※ 爱必妥药品使用证明：

药品必须通过正规渠道购买，发票抬头需是申请人身份证上的姓名。

3 个月自费期原始购药发票（发票显示的用药总剂量不少于 $3150\text{mg}/\text{m}^2$ ）原始发票中相关信息未显示的（如无药品名称、购买数量、单价），需要提供相应的购药明细清单。

因当地医保报销部分爱必妥治疗费用而不能提供爱必妥发票原件的，需提供发票复印件和当地医保部门关于原件留存以及复印件和原件一致的证明，并加盖当地医保部门专用章。

以下类型的发票不符合项目要求：

单位名称发票；无患者本人姓名发票；非患者本人姓名发票；无购药日期；无药品名称、购买数量、单价等信息且不能提供购药明细清单的。

提示：完成自费期治疗后，立即邮寄。

※ 除上述规定的申请材料以外，项目办公室有权要求患者提交其他的材料。

以上所有纸质材料请勿粘贴，并全部使用 A4 纸张打印或复印，使用 EMS 寄送至本项目指定信箱：北京市 100034 信箱 27 分箱，收件人：中华慈善总会爱必妥慈善援助项目。

在准备材料和填表过程中有任何问题，请致电中华慈善总会爱必妥慈善援助项目热线咨询（400-686-5525[工作日 9:00-18:00]），以准确、详实的了解项目申请程序及相关要求。患者及家属须积极配合，保证与项目办公室通讯联络畅通。

因患者自身原因导致联络不畅、材料准备不充分等导致申请、受助等延误的，项目办公室不承担任何责任。



中华慈善总会爱必妥慈善援助项目 患者基本信息登记表

姓名:	性别:	身份证号:	相片
联系电话:		手机:	
联络人姓名:	与患者关系:	手机: (须确保可以接收到短信通知)	
邮寄地址及邮政编码:			
工作履历:			
上年度总收入:		近五年总收入:	
当地民政部门或者街道办事处、乡镇政府办公电话			
当地民政部门或者街道办事处、乡镇政府核准是否患者已丧失继续治疗的经济能力		中华慈善总会爱必妥慈善援助项目办公室意见 (此栏无需患者填写)	
(公章) 经办人签字: _____ 年 _____ 月 _____ 日		 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

特别提示: 在申请期间请及时接听项目热线。项目办公室每次收到患者资料后, 审核时间为 10 个工作日。逾期未接到审核结果通知的患者, 请及时拨打项目热线咨询或登录项目网站查询。



患者基本信息登记表 2

是否享受医保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	医保类型： 城镇职工医疗 <input type="checkbox"/> 城镇居民医疗 <input type="checkbox"/> 公费医疗 <input type="checkbox"/> 农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 军队系统医疗 <input type="checkbox"/> 商业保险 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> ，请注明 _____
医保所属地：_____ 省 _____ 市	何时享受医保：_____ 年 _____ 月
爱必妥是否可以报销： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	报销比例：_____ %
申请理由	
资产状况	
房产（请写明房屋地址）：	
家用汽车：	
其他资产：	

填表说明：1、患者必须如实提交所有材料，凡提交虚假材料或不如实提交所需材料者，将彻底失去受助资格。



患者配偶或直系亲属 经济情况登记表

姓名:	性别:	年龄:	与患者关系:
联系电话:		手机:	
工作情况: 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> , 请注明 _____			
工作单位名称:		工作部门及职务:	
工作单位电话:		工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年	
上年度个人总收入: (年收入包括工资、奖金及其他零散收入)		证明公章:	
患者家庭是否具有高额资产? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如选“是”, 请作简要说明(高额资产包括高档住宅、豪华家用轿车、有价证券、公司企业等)。			

填表说明: 1、患者必须如实提交所有材料, 凡提交虚假材料或不如实提交所需材料者, 将彻底失去受助资格。
2、患者配偶、父母及全部成年子女均需填写本页, 如不够填写, 本页可复印使用。
3、个体经营需提供营业执照复印件。



患者配偶或直系亲属 经济情况登记表

姓名:	性别:	年龄:	与患者关系:
联系电话:		手机:	
工作情况: 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> , 请注明 _____			
工作单位名称:		工作部门及职务:	
工作单位电话:		工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年	
上年度个人总收入: (年收入包括工资、奖金及其他零散收入)		证明公章:	
患者家庭是否具有高额资产? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如选“是”, 请作简要说明(高额资产包括高档住宅、豪华家用轿车、有价证券、公司企业等)。			

填表说明: 1、患者必须如实提交所有材料, 凡提交虚假材料或不如实提交所需材料者, 将彻底失去受助资格。
2、患者配偶、父母及全部成年子女均需填写本页, 如不够填写, 本页可复印使用。
3、个体经营需提供营业执照复印件。



患者配偶或直系亲属 经济情况登记表

姓名:	性别:	年龄:	与患者关系:
联系电话:		手机:	
工作情况: 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> , 请注明 _____			
工作单位名称:		工作部门及职务:	
工作单位电话:		工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年	
上年度个人总收入: (年收入包括工资、奖金及其他零散收入)		证明公章:	
患者家庭是否具有高额资产? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如选“是”, 请作简要说明(高额资产包括高档住宅、豪华家用轿车、有价证券、公司企业等)。			

填表说明: 1、患者必须如实提交所有材料, 凡提交虚假材料或不如实提交所需材料者, 将彻底失去受助资格。
2、患者配偶、父母及全部成年子女均需填写本页, 如不够填写, 本页可复印使用。
3、个体经营需提供营业执照复印件。



中华慈善总会爱必妥慈善援助项目 医学条件评估表

医院名称		填表医生姓名	
患者姓名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
首次诊断时间		诊断组织来源	<input type="checkbox"/> 活检 <input type="checkbox"/> 手术
疾病诊断	<input type="checkbox"/> 结肠癌 <input type="checkbox"/> 直肠癌	病理类型	<input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> 其他 _____
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	
RAS基因检测结果	<input type="checkbox"/> KRAS / NRAS 均为野生型 <input type="checkbox"/> KRAS野生型		
目前肿瘤TNM分期	T ____ N ____ M ____	是否为LLD患者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否有转移灶	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	转移部位（如有）	<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 其他
爱必妥治疗开始日期		是否和化疗联合	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
首次用药剂量 <input type="checkbox"/> 单周，第一周 _____ 瓶，第二周 _____ 瓶			<input type="checkbox"/> 双周，共 _____ 瓶
实验室和影像检查（至少选填一项）			
全腹部CT： <input type="checkbox"/>	检查时间：	全腹部MRI： <input type="checkbox"/>	检查时间：
盆腔CT： <input type="checkbox"/>	检查时间：	盆腔MRI： <input type="checkbox"/>	检查时间：
胸部CT： <input type="checkbox"/>	检查时间：	胸部MRI： <input type="checkbox"/>	检查时间：
PET-CT： <input type="checkbox"/>	检查时间：	头颅MR/增强CT： <input type="checkbox"/>	检查时间：
骨扫描： <input type="checkbox"/>	检查时间：	其他请注明： _____	检查时间：
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：本表须在开始爱必妥自费治疗第6-10周时由注册医生填写并签字盖章确认，不得空缺，有效期为两个月。