



中国癌症基金会 赛可瑞患者援助项目

II期申请表

2018年11月



目录

材料清单

填写说明

患者告知书/患者知情同意书

医学条件确认表

患者申请表



材料清单

申请材料列表	备注
1. 《赛可瑞患者援助项目患者 II 期申请表》全套	见填表说明
2. 近 2 个月影像学报告单	<p>近期影像学报告单需满足以下 3 个条件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 影像学报告单必须与医学条件确认表中医生填写的项目一致。 2. “医学条件确认表”中指定医生填表日期的近 2 个月之内的影像学报告单。 3. 必须有项目指定医生签字并加盖项目专用章。
3. 患者近期 1 寸免冠照 2 张	
<p>4. 赛可瑞发票，视以下开具情况提供：</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 药房购买，请直接提供发票 ➢ 医院门诊购药，若发票上打印是西药费的，需附含赛可瑞的购药清单 ➢ 住院用药需提供： 住院发票复印件、含赛可瑞的费用清单 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 必须在认可的医院或药店购买。 2. 发票抬头必须是患者本人。 3. 需提供 2 瓶赛可瑞发票原件。 <p>注：1. 2018 年 11 月 1 日前的购药发票需提交发票原件；2018 年 11 月 1 日之后的购药发票提交发票复印件即可。 2. 大病救助患者的援助模式及要求请登陆中国癌症基金会官网查看具体通知。</p>
注：所有申请材料复印件须用 A4 纸复印，请将资料快递至项目办	



填写说明

《患者告知书/患者知情同意书》填写：患者首先到项目指定医生处就诊，由指定医生检查过您的所有医学资料及检查结果后，确诊为赛可瑞适应症并开具处方开始服用赛可瑞，仔细阅读过赛可瑞患者援助项目的《患者资料夹》和《患者申请表》后，自愿申请药物援助，请患者本人亲自在《患者告知书》和《患者知情同意书》上按要求填写内容。

《医学条件确认表》填写：在您II期服药满1个治疗周期后，到指定医生处就诊，进行服药后的安全性（各项化验）和有效性（影像学检查）评估，符合项目医学标准的患者，请指定医生根据您的各项检查，为您填写《医学条件确认表》，并签字加盖项目专用章（注：《医学条件确认表》填表日期应在患者告知书/患者知情同意书后）。

《患者项目申请材料清单》：请您按照清单要求准备申请材料

《患者申请表》填写：本表要如实填写，经调查核实，如发现有不实之处，中国癌症基金会赛可瑞援助项目办公室将拒绝其申请，由此带来的后果由患者自负。



患者告知书

(项目办公室留存)

亲爱的患者：

您好！

赛可瑞患者援助项目是中国癌症基金会接受辉瑞投资有限公司援助赛可瑞药品而设立的慈善项目，项目旨在帮助符合项目医学标准的贫困或低收入肿瘤患者得到所需的治疗，减轻患者的经济负担；因此，为了使您顺利得到援助，请您仔细阅读下列信息，然后决定是否申请参加此援助项目。

一、援助条件

1、符合以下赛可瑞适应症的贫困和低收入患者：

- (1) 间变性淋巴瘤激酶 (ALK) 阳性的局部晚期或转移的非小细胞肺癌 (NSCLC)；
- (2) ROS1 阳性的晚期非小细胞肺癌 (NSCLC)。

2、持有中华人民共和国居民身份证/军官证年满 18 岁的大陆患者，同时患者接受援助前使用的赛可瑞药品必须是中国大陆包装。

3、患者须知：因援助药品数量有限，满足上述条件并不等于一定能得到援助。

二、进入援助项目前的准备及要求：

- 1、本项目的性质为慈善援助，患者自愿参加。（*患者需亲自申请，项目办不接受除患者外其他任何人代申请）
- 2、患者本人需知晓病情，并亲自签署《患者知情同意书》。
- 3、患者所提供材料须真实有效，隐瞒真实情况或提供虚假材料者，将彻底失去受助资格。
- 4、所有申请材料由项目办保存，概不退还，请患者自行备份。
- 5、申请材料务必以邮政特快专递邮寄至本项目指定地址。（*项目办不接待来访）
- 6、项目办公室会在患者资料齐全，并核实通过后 10 个工作日内通知患者是否被批准入组。如因提交延时或资料不全，影响下一疗程治疗，后果由患者自负。
- 7、因患者具体情况不同可能会补充其他证明材料，以项目办通知为准。

三、终止条款（如有以下情况之一者，援助药品自动停止）：

- 1、接受援助治疗的患者死亡。
- 2、严重的、需永久停药的副作用。
- 3、经项目指定医生确认疾病进展。
- 4、其他不适合服用赛可瑞的病症。
- 5、更换治疗方案。
- 6、患者不依从。
- 7、失去联系。
- 8、将援助药品出售或转赠他人。
- 9、拒绝接受项目审查的患者。
- 10、提供虚假的医学或经济证明，或隐瞒真实信息。
- 11、患者或法律监护人/直系亲属要求停止继续使用赛可瑞治疗，主动退出。
- 12、不能每月坚持到项目指定医院接受指定医生的医学随访，不能每月坚持到项目指定药房领取援助药品。
- 13、患者不能配合抽查或抽查结果不合格。



四、进入援助项目患者须知：

- 1、患者每个治疗周期须亲自前往指定医生处进行随访、取得指定医生开具的医学条件随访表。
(*至少每1个治疗周期进行一次安全性检查⁽¹⁾,至少每2个治疗周期进行一次有效性检查⁽²⁾)
- 2、进入援助项目的患者须每个治疗周期亲自按时到指定药房领取援助药品。按时接受医学随访。
(*时间按患者当月实际用药结束时间来计算)、(*严禁多领、代领;不能提前领药)如有任何违反项目援助规定、干扰项目办公室和指定药房及指定医生正常工作的情况,将取消援助资格。
- 3、首次领取援助药品,需携带自费部分的赛可瑞空药瓶和空药盒交到项目指定药房。
- 4、慈善援助药品只用于入组患者本人,且在医嘱下用药。(*如因任何原因干扰项目办或指定医生、指定药师、协管员正常工作,将取消其受助资格)
- 5、项目办将定期对入组患者的医学条件和经济条件进行抽查。(*如抽查结果不符合上述条件及要求或不配合抽查的患者,将取消其受助资格)
- 6、患者需充分了解并愿意承担赛可瑞治疗可能产生的所有不良反应。(*服药过程中出现任何不可预知的不良反应,须立即寻求医生的帮助)
- 7、患者因自身原因暂时不能按时领药时,请务必及时与项目办联系。(*患者无故未领药超过2个月,将视为自动出组,不再享有领药,由此带来的一切后果由患者自负)
- 8、因任何原因停药退出项目的患者,如仍存有接受援助的药品(赛可瑞),请务必全部退回到指定药房。
- 9、患者及其亲属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法律责任。
- 10、因不可抗力因素或项目终止导致患者无法得到项目援助,中国癌症基金会及项目办不承担任何责任。
- 11、项目办将不定期对申请中及入组患者进行抽查,请务必保存好与援助项目相关的全部影像学检查胶片。
- 12、请患者及其家属以项目办发出的正式信息为准,项目办不为患者误听其它渠道信息产生的后果承担责任。
- 13、未按照上述规定执行的患者,将失去援助资格。
(*在准备材料进行申请时有任何问题请致电项目咨询电话或协管专员)

中国癌症基金会赛可瑞患者援助项目办公室

2018年11月

***中国癌症基金会赛可瑞患者援助项目办拥有最终解释权。**

¹安全性检查包括但不限于血常规检查、尿常规检查和生化检查;

²有效性检查为医生开具的与肿瘤相关的影像学检查。

患者签名:

日期: 二〇 年 月 日



患者告知书

(患者留存)

亲爱的患者：

您好！

赛可瑞患者援助项目是中国癌症基金会接受辉瑞投资有限公司援助赛可瑞药品而设立的慈善项目，项目旨在帮助符合项目医学标准的贫困或低收入肿瘤患者得到所需的治疗，减轻患者的经济负担；因此，为了使您顺利得到援助，请您仔细阅读下列信息，然后决定是否申请参加此援助项目。

一、援助条件

1、符合以下赛可瑞适应症的贫困和低收入患者：

- (1) 间变性淋巴瘤激酶 (ALK) 阳性的局部晚期或转移的非小细胞肺癌 (NSCLC)；
- (2) ROS1 阳性的晚期非小细胞肺癌 (NSCLC)。

2、持有中华人民共和国居民身份证/军官证年满 18 岁的大陆患者，同时患者接受援助前使用的赛可瑞药品必须是中国大陆包装。

3、患者须知：因援助药品数量有限，满足上述条件并不等于一定能得到援助。

二、进入援助项目前的准备及要求：

1、本项目的性质为慈善援助，患者自愿参加。（*患者需亲自申请，项目办不接受除患者外其他任何人代申请）

2、患者本人需知晓病情，并亲自签署《患者知情同意书》。

3、患者所提供材料须真实有效，隐瞒真实情况或提供虚假材料者，将彻底失去受助资格。

4、所有申请材料由项目办保存，概不退还，请患者自行备份。

5、申请材料务必以邮政特快专递邮寄至本项目指定地址。（*项目办不接待来访）

6、项目办公室会在患者资料齐全，并核实通过后 10 个工作日内通知患者是否被批准入组。如因提交延时或资料不全，影响下一疗程治疗，后果由患者自负。

7、因患者具体情况不同可能会补充其他证明材料，以项目办通知为准。

三、终止条款（如有以下情况之一者，援助药品自动停止）：

1、接受援助治疗的患者死亡。

2、严重的、需永久停药的副作用。

3、经项目指定医生确认疾病进展。

4、其他不适合服用赛可瑞的病症。

5、更换治疗方案。 6、患者不依从。

7、失去联系。 8、将援助药品出售或转赠他人。

9、拒绝接受项目审查的患者。

10、提供虚假的医学或经济证明，或隐瞒真实信息。

11、患者或法律监护人/直系亲属要求停止继续使用赛可瑞治疗，主动退出。

12、不能每月坚持到项目指定医院接受指定医生的医学随访，不能每月坚持到项目指定药房领取援助药品。

13、患者不能配合抽查或抽查结果不合格。



四、进入援助项目患者须知：

- 1、患者每个治疗周期须亲自前往指定医生处进行随访、取得指定医生开具的医学条件随访表。
(*至少每1个治疗周期进行一次安全性检查¹⁾,至少每2个治疗周期进行一次有效性检查²⁾)
- 2、进入援助项目的患者须每个治疗周期亲自按时到指定药房领取援助药品。(*时间按患者当月实际用药结束时间来计算)、(*严禁多领、代领;不能提前领药)
- 3、首次领取援助药品,需携带自费部分的赛可瑞空药瓶和空药盒交到项目指定药房。
- 4、慈善援助药品只用于入组患者本人,且在医嘱下用药。(*如因任何原因干扰项目办或指定医生、指定药师、协管员正常工作,将取消其受助资格)
- 5、项目办将定期对入组患者的医学条件和经济条件进行抽查。(*如抽查结果不符合上述条件及要求或不配合抽查的患者,将取消其受助资格)
- 6、患者需充分了解并愿意承担赛可瑞治疗可能产生的所有不良反应。(*服药过程中出现任何不可预知的不良反应,须立即寻求医生的帮助)
- 7、患者因自身原因暂时不能按时领药时,请务必及时与项目办联系。(*患者无故未领药超过2个月,将视为自动出组,不再享有领药,由此带来的一切后果由患者自负)
- 8、因任何原因停药退出项目的患者,如仍存有接受援助的药品(赛可瑞),请务必全部退还到指定药房。
- 9、患者及其亲属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法律责任。
- 10、因不可抗力因素或项目终止导致患者无法得到项目援助,中国癌症基金会及项目办不承担任何责任。
- 11、项目办将不定期对申请中及入组患者进行抽查,请务必保存好与援助项目相关的全部影像学检查胶片。
- 12、请患者及其家属以项目办发出的正式信息为准,项目办不为患者误听其它渠道信息产生的后果承担责任。
- 13、未按照上述规定执行的患者,将失去援助资格。
(*在准备材料进行申请时有任何问题请致电项目咨询电话或协管专员)

中国癌症基金会赛可瑞患者援助项目办公室
2018年11月

***中国癌症基金会赛可瑞患者援助项目办拥有最终解释权。**

¹安全性检查包括但不限于血常规检查、尿常规检查和血生化检查;

²有效性检查为医生开具的与肿瘤相关的影像学检查。

患者签名:

日期: 二〇 年 月 日



医学条件确认表

1、患者信息（患者填写）											
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年龄						
身份证/军官证号码											
2、医学条件评价（医生填写）											
服用赛可瑞后的病灶（至少近2个治疗周期内）：											
<input type="checkbox"/> 肺部			（检查时间：_____年_____月_____日）			<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____					
						<input type="checkbox"/> 不可测量病灶					
<input type="checkbox"/> 肺外病灶			（检查时间：_____年_____月_____日）			<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____					
						<input type="checkbox"/> 不可测量病灶					
治疗后影像学疗效评估：											
<input type="checkbox"/> CR		<input type="checkbox"/> PR		<input type="checkbox"/> SD		<input type="checkbox"/> PD：是否愿意接受辉瑞公司安全部门随访		<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否	
3、处方（医生填写）											
治疗剂量：_____mg； 用法：_____											
4、医生意见（医生填写）											
该患者是否符合入组的医学标准 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合											
指定医生/授权医生签字						盖章（项目专用章）					
本次就诊和填表日期				年		月		日			

注：请患者自行保存指定、授权医生填写完整的此表复印件

注：作为项目指定/授权医生，特此确认：已审阅该患者过去的病历记录、影像报告及病理报告做出本次诊断。

请指定/授权医生准确、完整填写此表，不得空缺、不得涂改，有效期为2个月。



患者申请表

姓名		性别		年龄		照片粘贴处 (本人1寸近照)
身份证号						
患者联系电话		手机				
第一联系人	姓名:		与患者关系:			
	手机:		固定电话:			
第二联系人	姓名:		与患者关系:			
	手机:		固定电话:			
通讯地址 (快件接收地址)						
<h3>II 期申请理由陈述</h3> <p>(请陈述治疗效果及经济状况有无变化)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						
填写人签字: _____						患者(本人)签字: _____
填表日期: _____	年	月	日			

本表为申请进入“赛可瑞患者援助项目”的患者填写，请真实、完整填写，项目办公室将为您所提供的资料保密，申请资料恕不退还。



医学条件确认表

样表

1、患者信息（患者填写）														
姓名	李四				性别	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年龄	53					
身份证/军官证号码	1	1	0	x	x	x	1	9	6	5	x	x	x	x
2、医学条件评价（医生填写）														
服用赛可瑞后的病灶（至少近2个治疗周期内）：														
<input checked="" type="checkbox"/> 肺部（检查时间：201x年x月xx日）														
<input checked="" type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小 15mm×13mm														
<input type="checkbox"/> 不可测量病灶														
<input type="checkbox"/> 肺外病灶（检查时间：_____年_____月_____日）														
<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____														
<input type="checkbox"/> 不可测量病灶														
治疗后影像学疗效评估：														
<input type="checkbox"/> CR <input checked="" type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD：是否愿意接受辉瑞公司安全部门随访 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否														
3、处方（医生填写）														
治疗剂量：250 mg； 用法：1粒/次，2次/日														
4、医生意见（医生填写）														
该患者是否符合入组的医学标准 <input checked="" type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合														
指定医生/授权医生签字				张三				盖章（项目专用章）				（项目专用章）		
本次就诊和填表日期				201x年x月xx日										

注：请患者自行保存指定、授权医生填写完整的此表复印件


注：作为项目指定/授权医生，特此确认：已审阅该患者过去的病历记录、影像报告及病理报告做出本次诊断。

请指定/授权医生准确、完整填写此表，不得空缺、不得涂改，有效期为2个月。



患者申请表

样表

姓名	李四						性别	男			年龄	53						
身份证号	1	1	0	x	x	x	1	9	6	5	x	x	x	x		x	x	x
患者联系电话	1301301xxxx						手机	1301301xxxx										
第一联系人	姓名: 王 xx						与患者关系: 配偶											
	手机: 1301302xxxx						固定电话: 010-6xxxxxxx											
第二联系人	姓名: 李 xx						与患者关系: 儿子											
	手机: 1301101xxxx						固定电话: 010-6xxxxxxx											
通讯地址 (快件接收地址)	北京市 xx 区 xx 街道 xx 小区 x 号楼 x 单元 xxxx 室																	
<p>II 期申请理由陈述</p> <p>(请陈述治疗效果及经济状况有无变化)</p> <p>请患者详细陈述用药的治疗效果以及家庭的经济状况。</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																		
填写人签字: 李四						患者(本人)签字: 李四												
填表日期: 201x 年 x 月 xx 日																		

本表为申请进入“赛可瑞患者援助项目”的患者填写，请真实、完整填写，项目办公室将为您所提供的资料保密，申请资料恕不退还。