



中国癌症基金会
Cancer Foundation of China



欧狄沃患者援助项目



中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目
患者申请手册
头颈部鳞状细胞癌

2024年7月版

目 录

◆ 一、项目介绍	01
① 目的	
② 启动和截止时间	
③ 项目援助对象	
④ 项目援助方案	
⑤ 项目联系方式	
⑥ 项目监查	
◆ 二、申请条件	02
◆ 三、项目流程	03
① 流程图	
② 注意事项	
◆ 四、已入组项目患者办理异地转诊手续要求	09
◆ 五、法律声明	09
◆ 六、患者申请表	
① 患者告知书	附表一
② 经济评估表	附表二
③ 第一阶段申请医学评估表	附表三
④ 援助期第一次随访医学评估表	附表四
⑤ 患者异地转诊申请表	附表五
⑥ 第二阶段申请医学评估表	附表六
⑦ 再次申请经济状况证明	附表七

一、项目介绍

◆ 目的

为增加中国大陆患者接受欧狄沃治疗的可及性,中国癌症基金会在百时美施贵宝公司的大力支持下,开展了“欧狄沃患者援助项目”,设立对头颈部鳞状细胞癌患者的援助,旨在减轻广大低收入头颈部鳞状细胞癌患者的经济负担,提高患者生存质量。

◆ 项目启动时间

2019年12月

◆ 项目截止时间

如果因不可抗力或援助药品发放完毕等原因必须停止援助,我们会提前通过多种渠道告知公众。在项目终止日期前已经获得批准入组的患者,我们将保证这些患者继续获得当次周期的药品援助。

◆ 项目援助对象

符合项目医学标准及经济标准的低收入或贫困的头颈部鳞状细胞癌患者。

◆ 项目援助方案

一个申请年度分为两个申请阶段:

第一阶段:

经指定医疗机构诊断符合医学标准并经项目办审核通过后的低收入患者,在连续接受3次欧狄沃治疗后,经指定医生评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展,可获得后续最多3次治疗的免费药品援助。

第二阶段:

完成第一阶段的患者,如仍需接受欧狄沃治疗,可在再次连续接受3次欧狄沃治疗后,经指定医生评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展,并经项目办审核通过后,患者即可获得最多一个申请年度内剩余的药品援助。一个申请年度内剩余药品援助的总次数最多不超过18次。

说明:

- 1、一个申请年度为一年,以患者首支自购药品发票对应的用药时间为一个申请年度的起点,自起点顺推一年为终点。
- 2、患者可按申请年度循环申请,直至项目终止或疾病进展等。
- 3、患者使用援助药品请遵照医嘱及药品说明书。

* 对于确诊为头颈部鳞状细胞癌前已持有“低保证”的贫困患者,请咨询项目热线或查询项目官网获取项目申请资讯。

◆ 项目联系方式

项目热线:400-669-0906

项目网站:www.cfchina.org.cn

项目微信公众号:中国癌症基金会欧狄沃项目

邮政信箱:北京100061-10信箱

◆ 项目监督

项目办公室对获得援助患者定期进行抽查,核对个人信息和病历资料。如果拒绝接受核查或经核查发现任何医学条件或经济条件不符将立即停止援助。

* 请务必保留所有相关医学资料(病历、病理、影像学检查报告及原片)

二、申请条件

◆ 医学标准

经指定医疗机构评估,确诊为适用于单药治疗接受含铂类方案治疗期间或之后出现疾病进展且肿瘤PD-L1表达阳性(定义为表达PD-L1的肿瘤细胞 $\geq 1\%$)的复发性或转移性头颈部鳞状细胞癌(SCCHN)患者。

◆ 附加标准

- ① 持中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆公民;
- ② 自愿申请加入该援助项目;
- ③ 患者获得援助前接受治疗的欧狄沃必须为中国大陆销售的产品;
- ④ 低收入家庭(家庭直系亲属包括父母、配偶和子女)的患者或确诊为头颈部鳞状细胞癌前已持有“低保证”的贫困患者。

◆ 终止标准

如有以下情况之一者援助自动停止

- ① 入组患者在接受欧狄沃援助期间,经项目指定医生按照RECIST1.1/iRECIST标准评估为疾病进展;
- ② 经项目指定医生确认不耐受欧狄沃治疗;
- ③ 入组患者不能遵照项目要求定期随访;
- ④ 项目援助期间,任何原因导致的欧狄沃治疗中断时间累积超过三个月并且不主动向项目办公室做任何说明的;
- ⑤ 患者自愿退出欧狄沃治疗或生命终止;
- ⑥ 患者法律监护人/亲属要求终止欧狄沃治疗;
- ⑦ 患者提供虚假医学或经济证明;
- ⑧ 患者将援助药品出售或转赠其他人;
- ⑨ 患者或其亲属不配合或拒绝接受项目监查及项目相关工作;
- ⑩ 患者因申请或参与此项目而实施违法违规行为。

三、项目流程



*患者提交材料必须真实有效, 如与事实不符本人承担一切后果。

第一阶段申请资料清单

患者治疗时间	提交申请步骤	资料清单	备注
自费第1次治疗后	微信公众号上传	医学资料	
		1. 第一阶段申请医学评估表原件 需完整填写表中所有信息和勾选项。	需项目指定医生或授权医生单页签字并加盖指定医生项目专用章
		2. 头颈部鳞状细胞癌诊断的病理报告 检查结果为复发性或转移性头颈部鳞状细胞癌的病理报告。(如此项报告无法体现复发或转移性,可在第3项资料中体现)	第2至5项材料均可接受复印件,需项目指定医生或授权医生在复印件上骑缝签字并加盖指定医生项目专用骑缝章
		3. 患者诊断头颈部鳞状细胞癌的住院病案首页及出院小结 该项资料需体现诊断为头颈部鳞状细胞癌并且体现含铂化疗治疗。从未住院治疗的患者,可提供门诊病历。	
		4. 自费第1次治疗欧狄沃用药记录 是指在项目接受的时间内第1次欧狄沃治疗的详细用药记录,用药记录中需体现患者姓名、使用药品名称、使用日期及用量。	
		5. PD-L1检测报告 是指检查结果为表达PD-L1的肿瘤细胞≥1%的检查报告单。报告需体现患者姓名、PD-L1检测结果。	
		经济资料	
		1. 患者经济评估表原件及患者(申请人)家庭情况说明原件 表单完成填写、粘贴照片、单位或政府部门盖章认可;家庭成员包括:配偶、全部子女、父母;家庭信息包括:姓名、年龄、与申请人关系、经济来源、近一年总收入;患者(申请人)及配偶房产信息包括:所在城市、面积、数量、用途。	
		2. 患者本人户口本复印件 若户口属于集体户,需提供集体户中本人户口页复印件。	
		个人和其他资料	
		1. 患者本人身份证复印件 军人可提供军官证。	
		2. 自费第1次治疗购药发票原件 由正规医院和药店开具。发票抬头必须是患者本人,发票内容需写明欧狄沃或纳武利尤单抗,若没写明,需同时提供发票对应的药品清单。	必须发票原件拍照上传,上传图片清晰
		3. 患者告知书原件	
		4. 患者线上自拍本人以头部至肩为主体的照片	
项目办线上预审核,并将审核结果告知患者			

患者治疗时间	提交申请步骤	资料清单	备注	
自费满3次治疗后	微信公众号上传	1. 自费第 2-3 次治疗欧狄沃用药记录 用药记录中需体现患者姓名、使用药品名称、使用日期及用量。	可以接受复印件，合并后项目指定医生或授权医生在复印件上骑缝签字并加盖指定医生项目专用骑缝章	
		2. 自费第 2-3 次治疗的购药发票原件 由正规医院和药店开具。发票抬头必须是患者本人，发票内容需写明欧狄沃或纳武利尤单抗，若没写明，需同时提供发票对应的药品清单。	必须发票原件拍照上传，上传图像清晰	
	项目办审核通过后			
	线下EMS 邮寄至“北京 100061-10信箱”	医学资料		
		1. 第一阶段申请医学评估表原件	邮寄上传至微信公众号的材料原件	
		2. 头颈部鳞状细胞癌诊断的病理报告		
		3. 患者诊断头颈部鳞状细胞癌的住院病案首页及出院小结		
		4. 自费第1-3次治疗欧狄沃用药记录		
		5. PD-L1检测报告		
		经济资料		
		1. 患者经济评估表原件及患者(申请人)家庭情况说明原件		
		2. 患者本人户口本复印件		
		个人和其他资料		
1. 患者本人身份证复印件 军人可提供军官证。				
2. 自费第1-3次治疗的购药发票复印件				
3. 患者告知书原件				

当患者进入欧狄沃治疗第二年起，在第一阶段申请(3+3)阶段注意事项：

- 1、按照本手册第7页《第二阶段申请资料清单》提供申请材料。
- 2、需线上提交本手册附表七《再次申请经济状况证明》，并线下邮寄此表原件。

援助期随访领药资料清单

◆ 第1次随访评估：

- ① 到指定医生处填写第一次随访医学评估表，并上传至微信平台

◆ 第1次领取援助药品：

- ① 患者身份证/军官证原件
- ② 患者领药手册
- ③ 第一次随访医学评估表第一联，交回药房
- ④ 签署冷藏链产品保存告知书
- ⑤ 在《药品领取使用记录》单中“药品领取记录”联上签字
- ⑥ 领取项目专用冰包(内置蓄冷剂)、一次性输液过滤器、医废回收袋

◆ 第2-3次随访评估：

- ① 到指定医生处填写本次随访医学评估表，并上传至微信平台
- ② 指定医生填写上一次援助药品《药品使用记录》，并上传至微信平台

◆ 第2-3次领取援助药品：

- ① 患者身份证/军官证原件
- ② 患者领药手册
- ③ 本次随访医学评估表第一联，交回药房
- ④ 将上一次《药品领取使用记录》第一联原件交回药房
- ⑤ 携带项目专用冰包(内置蓄冷剂)
- ⑥ 携带上次注射治疗后的空包装(药品外包装及空药瓶，保存于医废回收袋中)
- ⑦ 在本次《药品领取使用记录》单中“药品领取记录”联上签字
- ⑧ 领取一次性输液过滤器、医废回收袋

◆ 第4次随访评估：

- ① 到指定医生处填写第四次随访医学评估表，并上传至微信平台
- ② 指定医生填写第三次援助药品《药品使用记录》，并上传至微信平台
- ③ 提供近3个月内影像学检查报告复印件，如有转移请提供转移灶的影像学检查报告

◆ 第4次领取援助药品：

- ① 患者身份证/军官证原件
- ② 患者领药手册
- ③ 第四次随访医学评估表第一联，交回药房
- ④ 将上次《药品领取使用记录》第一联原件交回药房
- ⑤ 已上传至微信平台的近3个月内影像学检查报告复印件
- ⑥ 携带项目专用冰包(内置蓄冷剂)
- ⑦ 携带上次注射治疗后的空包装(药品外包装及空药瓶，保存于医废回收袋中)
- ⑧ 在《药品领取使用记录》单中“药品领取记录”联上签字
- ⑨ 领取一次性输液过滤器、医废回收袋

注：

- 1.第4、10、16次领取援助药品流程同第4次领药流程，其余同第2次领药流程。
- 2.患者提交材料必须真实有效，如有与事实不符本人承担一切后果。

第二阶段申请资料清单

患者治疗时间	提交申请步骤	资料清单	备注
自费第1次治疗后	微信公众号上传	1. 第二阶段申请医学评估表原件 需完整填写表中所有信息和勾选项。表中影像学检查的评估应与上传的影像学检查报告一致。	需项目指定医生或授权医生单页签字并加盖指定医生项目专用章
		2. 本次申请近3个月内影像学检查报告复印件* 头颈部CT或头颈部MRI或PET-CT至少提供一项。	第2、3项材料可以接受复印件，合并后项目指定医生或授权医生在复印件上骑缝签字并加盖指定医生项目专用骑缝章
		3. 自费第1次治疗欧狄沃用药记录 用药记录中需体现患者姓名、使用药品名称、使用日期及用量。	
		4. 自费第1次治疗的购药发票原件 由正规医院和药店开具。发票抬头必须是患者本人，发票内容需写明欧狄沃或纳武利尤单抗，若没写明，需同时提供发票对应的药品清单。	必须发票原件拍照上传，上传图像清晰
项目办预审核			
自费满3次治疗后	微信公众号上传	1. 自费第2-3次治疗欧狄沃用药记录 用药记录中需体现患者姓名、使用药品名称、使用日期及用量。	可以接受复印件，合并后项目指定医生或授权医生在复印件上骑缝签字并加盖指定医生项目专用骑缝章
		2. 自费第2-3次治疗的购药发票原件 由正规医院和药店开具。发票抬头必须是患者本人，发票内容需写明欧狄沃或纳武利尤单抗，若没写明，需同时提供发票对应的药品清单。	必须发票原件拍照上传，上传图像清晰
项目办审核通过后			
	线下EMS 邮寄至“北京100061-10信箱”	1. 第二阶段申请医学评估表原件	邮寄上传至微信公众号的材料原件
		2. 本次申请近3个月内影像学检查报告复印件*	
		3. 自费第1-3次治疗欧狄沃用药记录	
		4. 自费第1-3次治疗的购药发票复印件	

*当患者进入欧狄沃治疗第二年起，在进行第一阶段申请时，无需提供“本次申请近3个月内影像学检查报告复印件”。

注意事项

◆ 援助申请阶段

- ① 发票抬头须是患者身份证上的姓名,如原始发票中相关信息未显示购买药品的名称、单价、数量等,需提供相应的购药明细清单,清单金额与日期需与发票一致。
- ② 患者申请期间接受欧狄沃治疗,因任何原因导致中断,停药时间累积最长不超过3个月。
- ③ 所有医学相关申请资料均须按照项目规定由指定医生或授权医生签字并加盖指定医生项目专用章。
- ④ 如患者无法提供含有肿瘤大小的影像学检查报告(头颈部CT或头颈部MRI或者PET-CT)复印件或项目办公室需进一步明确患者肿瘤缓解情况,则还需要继续提供影像学检查原片。
- ⑤ 援助期随访领药申请为每次治疗申请一次,项目办将在每次收到患者线上拍照上传的申请资料后,进行审批和药品物流运输,请患者合理安排好后续援助申请时间。
- ⑥ 援助药品剂量和使用周期与患者前期接受欧狄沃治疗一致。
- ⑦ 患者在援助期间内,如需暂停使用欧狄沃援助药品,须提交书面申请(明确暂停原因及时间并由指定医生签字),超过3个月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援助资格。
- ⑧ 请患者妥善保留患病期间的所有治疗记录,如有需要,项目办将要求患者提供更多医学资料。

重要提示:

患者须在领取援助药品前和指定医生所在医院预约好注射援助药品的相关事宜,确保援助药品在领取后及时完成注射。

◆ 申请审核

- ① 申请由中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目办公室审核,中国癌症基金会有权拒绝不符合条件的申请。
- ② 除项目流程规定的申请资料以外,项目办公室有权根据患者具体情况要求患者递交更多的证明资料。
- ③ 若审核通过,项目将通知患者具体领药时间和地点。
- ④ 如患者资料不全,项目办将通知患者以微信平台上传或邮寄等形式补充材料。
- ⑤ 如患者不符合项目援助标准,项目办将通知患者申请不成功,患者所有申请材料不予退还。
- ⑥ 影像学检查报告,按照RECIST1.1/iRECIST标准评估疾病是否进展。

◆ 本项目最终解释权归中国癌症基金会所有

中国癌症基金会对患者信息将严格保密,患者的信息将不会用于任何商业用途,仅用于项目的管理,执行和审计;如获悉药物安全性信息和产品质量投诉事件,将按照相关法律法规的规定以及项目要求报告该等事件。

四、已入组项目患者办理异地转诊手续要求

◆ 转诊要求:

- ① 患者要在不影响治疗的原则下进行异地转诊,以保证患者的治疗、检查、用药的连续性。
- ② 需转诊的患者一定要患者本人征得现指定医生同意,由现指定医生对患者的今后治疗提出意见,同时在将要接诊的指定医生同意接受的情况下才能进行转诊。
- ③ 患者应按照本通知第二条的程序办理转诊申请,通过项目办公室审批同意并通知患者后,方能转入新指定医生处随访及到新的发药点领取援助药品。审批结果由项目办公室通知患者、两地的指定医生和发药点。
- ④ 入组患者在同一援助周期内,不接受同城转诊。

◆ 转诊流程:

- ① 患者在现指定医生处,经征得现指定医生同意后,填写《患者异地转诊申请表》。患者在申请表中须写明转诊原因并签名;现指定医生须在《患者异地转诊申请表》的“转诊意见”处写明具体转诊的意见并签名盖章。
- ② 患者将已填好的《患者异地转诊申请表》邮寄或带到接诊的指定医生处,由接诊指定医生在“接诊意见”处填写接诊医生意见并签名盖章。
- ③ 患者将填写好患者本人、现指定医生、接诊的指定医生三方意见的《患者异地转诊申请表》邮寄至项目办公室,由项目办公室审批备案。
- ④ 项目办公室将在两周内,将新的发药点联系方式和地址通知患者。患者在收到通知后按照要求到新的指定医生所在医院就诊、用药,到新的发药点领取援助药品。

五、法律声明

欧狄沃患者援助项目的一切解释权归中国癌症基金会
本项目为自愿报名形式

六、患者申请表

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目 患者告知书

为增加中国大陆患者接受欧狄沃治疗的可及性,中国癌症基金会在百时美施贵宝公司(以下简称“BMS”)的大力支持下,开展了“欧狄沃患者援助项目”,设立对头颈部鳞状细胞癌患者的援助,旨在减轻广大低收入头颈部鳞状细胞癌患者的经济负担,提高患者生存质量。

◆ 项目截止时间

如果因不可抗力或援助药品发放完毕等原因必须停止援助,我们会提前通过多种渠道告知公众。在项目终止日期前已经获得批准入组的患者,我们将保证这些患者继续获得当次周期的药品援助。

◆ 项目援助对象

符合项目医学标准及经济标准的低收入或贫困的头颈部鳞状细胞癌患者。

◆ 项目援助方案

一个申请年度分为两个申请阶段:

第一阶段:

经指定医疗机构诊断符合医学标准并经项目办审核通过后的低收入患者,在连续接受3次欧狄沃治疗后,经指定医生评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展,可获得后续最多3次治疗的免费药品援助。

第二阶段:

完成第一阶段的患者,如仍需接受欧狄沃治疗,可在再次连续接受3次欧狄沃治疗后,经指定医生评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展,并经项目办审核通过后,患者即可获得最多一个申请年度内剩余的药品援助。一个申请年度内剩余药品援助的总次数最多不超过18次。

说明:

- 1、一个申请年度为一年,以患者首支自购药品发票对应的用药时间为一个申请年度的起点,自起点顺推一年为终点。
- 2、患者可按申请年度循环申请,直至项目终止或疾病进展等。
- 3、患者使用援助药品请遵照医嘱及药品说明书。

* 对于确诊为头颈部鳞状细胞肺癌前已持有“低保证”的贫困患者,请咨询项目热线或查询项目官网获取项目申请资讯。

◆ 申请条件

医学标准

经指定医疗机构评估,确诊为适用于单药治疗接受含铂类方案治疗期间或之后出现疾病进展且肿瘤PD-L1表达阳性(定义为表达PD-L1的肿瘤细胞 $\geq 1\%$)的复发性或转移性头颈部鳞状细胞癌(SCCHN)患者。

附加标准

- ① 持中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆公民;
- ② 自愿申请加入该援助项目;
- ③ 患者获得援助前接受治疗的欧狄沃必须为中国大陆销售的产品;
- ④ 低收入家庭(家庭直系亲属包括父母、配偶和子女)的患者或确诊为头颈部鳞状细胞癌前已持有“低保证”的贫困患者。

终止标准

如有以下情况之一者援助自动停止

- ① 入组患者在接受欧狄沃援助期间,经项目指定医生按照RECIST1.1/iRECIST标准评估为疾病进展;
- ② 经项目指定医生确认不耐受欧狄沃治疗;
- ③ 入组患者不能遵照项目要求定期随访;
- ④ 项目援助期间,任何原因导致的欧狄沃治疗中断时间累积超过三个月并且不主动向项目办公室做任何说明的;

- ⑤ 患者自愿退出欧狄沃治疗或生命终止；
- ⑥ 患者法律监护人/亲属要求终止欧狄沃治疗；
- ⑦ 患者提供虚假医学或经济证明；
- ⑧ 患者将援助药品出售或转赠其他人；
- ⑨ 患者或其亲属不配合或拒绝接受项目监查及项目相关工作；
- ⑩ 患者因申请或参与此项目而实施违法违规行为。

欧狄沃可能产生的不良反应

- ① 在不同肿瘤类型汇总数据集中(纳武利尤单抗 3 mg/kg 单药治疗, n=5018), 包括黑色素瘤、鳞状和非鳞状非小细胞肺癌 (NSCLC)、肾细胞癌 (RCC)、经典型霍奇金淋巴瘤 (cHL)、头颈部鳞状细胞癌 (SCCHN)、尿路上皮癌 (UC) 和胃 / 胃食管连接部腺癌 (GC/GEJC), 以及食管鳞状细胞癌 (ESCC) 和食管癌 / 胃食管连接部癌 (EC/GEJC(辅助治疗)), 最常见的不良反应 ($\geq 10\%$) 为疲乏 (43%)、肌肉骨骼痛 (27%)、腹泻 (25%)、皮疹 (24%)、恶心 (22%)、咳嗽 (21%)、瘙痒 (19%)、食欲下降 (17%)、便秘 (16%)、关节痛 (16%)、腹痛 (15%)、呼吸困难 (15%)、上呼吸道感染 (14%)、呕吐 (13%)、发热 (13%)、贫血 (13%)、头痛 (12%)。大多数不良反应为轻至中度 (1 级或 2 级)。NSCLC 患者至少 24 个月随访未发现新的安全性信号。

* 上述以及表 5 中所列的不良反应频率是根据全因不良事件发生率计算的。

- ② 纳武利尤单抗可引起免疫相关性不良反应包括免疫相关性肺炎、免疫相关性结肠炎、免疫相关性肾炎和肾功能障碍、免疫相关性内分泌疾病、免疫相关性肝炎、免疫相关性皮肤不良反应、肌炎、心肌炎和横纹肌溶解症等。应持续进行患者监测 (至少至末次给药后 5 个月), 因为不良反应可能在纳武利尤单抗治疗期间或纳武利尤单抗治疗停止后的任何时间发生。(详见说明书)

◆ 项目办公室特别声明

- ① 本项目为患者援助项目, 患者均需自愿参加。患者已充分理解欧狄沃治疗可能产生的所有不良反应和风险, 并愿意自行承担上述不良反应和风险可能导致的所有后果。中国癌症基金会对患者的病情和治疗不承担任何法律责任和经济责任。
- ② 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, 将彻底失去援助资格。
- ③ 患者及家属需确保留存的联络方式畅通, 以便项目办公室联系患者, 如有变更, 应及时告知项目办公室。如因患者及家属等自身原因导致援助延误的, 后果则由患者自行承担。
- ④ 除项目流程规定的申请资料外, 项目办公室有权根据患者具体情况要求递交更多的资料。
- ⑤ 本项目只对能够严格按照项目规定程序申请和领取援助药品的患者提供援助, 因个人原因不能按照程序要求申请和领取援助药品的患者, 将自行承担因此而产生的后果。
- ⑥ 患者必须本人到项目指定发药点领取援助药品, 按时进行医学随访。如有任何违反项目援助规定、干扰项目办公室和指定发药点及指定医生正常工作的情况, 将取消援助资格。
- ⑦ 指定医生评估暂停使用欧狄沃的患者或因自身原因不能按时领取援助药品的患者, 请患者或家属及时与项目办公室联系说明情况。超过3个月未按时进行医学随访, 将视作自动放弃援助资格。
- ⑧ 本项目为患者援助项目, 本会工作人员或指定医生不得对患者私自收取任何费用。如发现上述行为, 请患者立即举报。如患者或其家属有向上述人员行贿的行为, 项目办公室将取消其援助资格。
- ⑨ 中国癌症基金会对患者信息将严格保密, 患者的信息将不会用于任何商业用途, 仅用于项目管理, 执行和审计, 以及患者户籍或医保所在地相关政府部门查询; 如获悉药物安全性信息和产品质量投诉事件, 将按照相关法律法规的规定以及项目要求报告该等事件。
- ⑩ 在配送援助药品过程中, 因不可抗力或其他客观原因导致援助药品中断或延误, 中国癌症基金会不承担任何责任和义务。
- ⑪ 关于本项目的任何信息均以项目办公室正式发布的信息为准, 项目办公室不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。如有任何问题, 请致电项目热线咨询: 400-669-0906。
- ⑫ 未按照上述项目规定执行的患者, 将失去援助资格。
- ⑬ 中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目办公室对项目拥有最终解释权。

个人信息采集、管理及处置

- ① 除中国癌症基金会另行通知外，项目由项目办公室（“项目办”）代表中国癌症基金会负责执行，并由项目办负责在您参与项目期间与您沟通及联络您。为此，项目办可能收集、保存并仅为执行项目目的（用于项目办审核和评估您申请项目的资格、您查询项目资料、您领取项目援助药品等事宜），使用您和您的直系亲属的个人信息（包括但不限于您和 / 或您的直系亲属的照片、身份证信息、联系方式、直系亲属间的关系、您的经济情况、您的个人健康生理信息等。针对上述个人信息，特别是您个人和您的直系亲属的身份信息、您的经济情况及您的个人健康生理信息（该等信息为敏感个人信息，一旦泄露可能导致您或有关个人的人身、名誉、财产权利受损），项目办会按照适用的数据保护法规（包括但不限于《民法典》、《个人信息保护法》、《数据安全法》、《网络安全法》及其配套实施规则和国家标准，统称为“适用数据保护法规”）的要求采取与相关个人信息风险水平所匹配的和技术措施，防止未经授权的访问以及个人信息泄露、篡改、丢失。
- ② 项目办会按照适用数据保护法规的要求，将在中华人民共和国境内收集和产生的您的个人信息存储在中华人民共和国境内，并仅会在实现上述目的或项目办其它正当业务需求（例如向您提供服务或者满足相应的法律、税务以及财务的要求）所需的必要期间内来存储您的个人信息。如项目办需跨境传输或存储您的个人信息的，项目办会向您单独告知信息出境的目的、接收方、安全保证措施和安全风险，并征得您的同意。
- ③ 根据法律要求，未经您的明确同意，项目办不会向其他第三方提供您的个人信息，但下列情况除外：（1）项目办委托第三方为您提供服务，出于为您提供服务所必需向其提供您的个人信息的；（2）当您出现药物安全性信息和产品质量投诉事件时，为使相关责任方向监管机关履行该等事件的报告义务及妥善处理该等事件，而向其提供您的该等事件信息；（3）向相关的执法机构、监管机构、政府、法院或者其他第三方进行披露，并且该等披露是项目办认为必要的并且是为了符合某一项适用法律法规，或为满足监管政策要求、行使、建立或者抗辩项目办的合法权利，或为保护您或者任何其他人的非常重要的权益；（4）为本项目相关的审计、审查或检查的合理目的，在适用法律法规允许的范围内并在采取必要保护措施的前提下，向 BMS、其境内外关联公司或委托的独立机构等第三方披露您就本项目提供的相关个人信息。请您知悉，匿名化处理后的信息不属于个人信息。为评价项目目标达成情况，项目办仅会使用您的匿名化处理后的有关信息。除有关法律和法规强制要求或另行经您同意外，您的个人可识别信息不会予以公开。
- ④ 请注意，BMS 在任何情况下不参与患者联络或沟通，也不会通过任何渠道获得您的个人信息，但发生药物安全性信息和产品质量投诉事件向 BMS 报告时除外，BMS 将按照法律规定及公司对该等事件的要求保管和使用您的个人信息。您在加入本项目后，项目办可能会通过拨打您在加入本项目时所提供的电话号码对您进行随访服务。请您知悉，如您在随访电话中上报了您的安全性信息和产品质量投诉事件，项目办会记录您的不良反应情况，并将为 BMS 评估其产品的安全性、妥善处置及报告不良反应事件的目的处理这些信息，其中可能包括联系您或您的临床医生以进行二次随访、讨论安全信息，以及向 BMS 或其指定的第三方报告与其产品有关的所有安全性信息和产品质量投诉。为此目的，您的个人信息还可能被跨境传输或被 BMS 位于美国的关联公司 Bristol Myers Squibb Company 及其供应商访问、分析或报告。您有权在首次或后续随访电话中拒绝项目办向您继续提供随访服务。中国癌症基金会还有可能为本项目相关的审计、审查或检查的合理目的，在适用法律法规允许的范围内并在采取必要保护措施的前提下，向 BMS、其境内外关联公司或委托的独立机构等第三方披露您就本项目提供的相关个人信息。
- ⑤ 除法律法规另有规定或双方约定，项目办仅会为实现上述目的或项目办其它正当业务需求（例如向您提供 8 9 10 11 12 13 6 7 5 服务或者满足相应的法律、税务以及财务的要求）所必需的最短时间内来存储您的个人信息。当项目办没有这些使用您的个人信息的正当业务需求时或者当法律法规规定的保存期限到期时（以后发生者为准），项目办会删除您的个人信息或者对其进行匿名化处理，法律法规另有规定的除外。
- ⑥ 如您希望行适用数据保护法规规定的有与个人信息相关的权利（包括但不限于查阅、更正或删除您的个人信息），您可以通过本告知书披露的联系方式联系项目办获取该等信息（项目咨询热线：400-669-0906）。如果项目办根据法律法规的规定不能按照您的上述请求行事，项目办将向您说明理由，并有权拒绝您的全部或部分请求。
- ⑦ 在参与项目的过程中，您可能向其他第三方（包括但不限于指定药房）提供您的个人信息，我们提醒您在向该等第三方提供个人信息前，仔细阅读或了解该等第三方对个人信息的相关条款，确保您了解及同意该等条款。无论是中国癌症基金会还是 BMS，均不对您与第三方之间存在的任何有关个人信息的收集和承担管理义务，亦不对此承担任何责任。

该知情同意书一式两份,由您和项目办各保留一份。

本人,姓名_____,身份证号: _____, 本人已获得足够且充分的时间阅读并充分知晓和理解本知情同意书的内容,本人有机会询问所有本项目相关问题,且均获得满意答复。在本项目过程中,本人如果对本项目有进一步的问题,本人可联系项目办。如果对药品可能产生的不良反应、本人的健康或诊疗情况有任何问题或疑虑,本人将会咨询本人的处方医生或医疗卫生专业人士。本人参与本项目完全出于自愿,并同意本人可能随时会基于本知情同意书所述的理由,以非自愿的方式退出本项目。本人了解可以随时自愿退出本项目,而且退出本项目的决定决不会危害本人获得适当医疗的权利。本人自愿提供本人真实有效的个人信息,同意项目办按照本知情同意书的说明处理本人的个人信息。本人愿意加入本项目,同意并将严格遵守本项目的相关规定(包括但不限于确保提交申请资料的真实、准确、完整、有效),自愿按本项目程序申请入组本项目。

通过勾选以下复选框并签署本知情同意书,本人单独确认并同意按以下方式处理本人的个人信息:

为本知情同意书所述目的,根据本知情同意书和适用法律法规处理本人的敏感个人信息。

为本知情同意书所述目的,根据本知情同意书和适用法律法规向位于境外第三方跨境传输本人的个人信息。

本人具备完全民事行为能力,经签署本知情同意书后,该知情同意书将对本人产生法律效力。

患者签字(正楷):

日期:

此页由中国癌症基金会保留

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

患者告知书

为增加中国大陆患者接受欧狄沃治疗的可及性,中国癌症基金会在百时美施贵宝公司(以下简称“BMS”)的大力支持下,开展了“欧狄沃患者援助项目”,设立对头颈部鳞状细胞癌患者的援助,旨在减轻广大低收入头颈部鳞状细胞癌患者的经济负担,提高患者生存质量。

◆ 项目截止时间

如果因不可抗力或援助药品发放完毕等原因必须停止援助,我们会提前通过多种渠道告知公众。在项目终止日期前已经获得批准入组的患者,我们将保证这些患者继续获得当次周期的药品援助。

◆ 项目援助对象

符合项目医学标准及经济标准的低收入或贫困的头颈部鳞状细胞癌患者。

◆ 项目援助方案

一个申请年度分为两个申请阶段:

第一阶段:

经指定医疗机构诊断符合医学标准并经项目办审核通过后的低收入患者,在连续接受3次欧狄沃治疗后,经指定医生评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展,可获得后续最多3次治疗的免费药品援助。

第二阶段:

完成第一阶段的患者,如仍需接受欧狄沃治疗,可在再次连续接受3次欧狄沃治疗后,经指定医生评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展,并经项目办审核通过后,患者即可获得最多一个申请年度内剩余的药品援助。一个申请年度内剩余药品援助的总次数最多不超过18次。

说明:

- 1、一个申请年度为一年,以患者首支自购药品发票对应的用药时间为一个申请年度的起点,自起点顺推一年为终点。
- 2、患者可按申请年度循环申请,直至项目终止或疾病进展等。
- 3、患者使用援助药品请遵照医嘱及药品说明书。

* 对于确诊为头颈部鳞状细胞肺癌前已持有“低保证”的贫困患者,请咨询项目热线或查询项目官网获取项目申请资讯。

◆ 申请条件

医学标准

经指定医疗机构评估,确诊为适用于单药治疗接受含铂类方案治疗期间或之后出现疾病进展且肿瘤PD-L1表达阳性(定义为表达PD-L1的肿瘤细胞 $\geq 1\%$)的复发性或转移性头颈部鳞状细胞癌(SCCHN)患者。

附加标准

- ① 持中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆公民;
- ② 自愿申请加入该援助项目;
- ③ 患者获得援助前接受治疗的欧狄沃必须为中国大陆销售的产品;
- ④ 低收入家庭(家庭直系亲属包括父母、配偶和子女)的患者或确诊为头颈部鳞状细胞癌前已持有“低保证”的贫困患者。

终止标准

如有以下情况之一者援助自动停止

- ① 入组患者在接受欧狄沃援助期间,经项目指定医生按照RECIST1.1/iRECIST标准评估为疾病进展;
- ② 经项目指定医生确认不耐受欧狄沃治疗;
- ③ 入组患者不能遵照项目要求定期随访;
- ④ 项目援助期间,任何原因导致的欧狄沃治疗中断时间累积超过三个月并且不主动向项目办公室做任何说明的;

- ⑤ 患者自愿退出欧狄沃治疗或生命终止；
- ⑥ 患者法律监护人/亲属要求终止欧狄沃治疗；
- ⑦ 患者提供虚假医学或经济证明；
- ⑧ 患者将援助药品出售或转赠其他人；
- ⑨ 患者或其亲属不配合或拒绝接受项目监查及项目相关工作；
- ⑩ 患者因申请或参与此项目而实施违法违规行为。

欧狄沃可能产生的不良反应

- ① 在不同肿瘤类型汇总数据集中(纳武利尤单抗 3 mg/kg 单药治疗, n=5018), 包括黑色素瘤、鳞状和非鳞状非小细胞肺癌 (NSCLC)、肾细胞癌 (RCC)、经典型霍奇金淋巴瘤 (cHL)、头颈部鳞状细胞癌 (SCCHN)、尿路上皮癌 (UC) 和胃 / 胃食管连接部腺癌 (GC/GEJC), 以及食管鳞状细胞癌 (ESCC) 和食管癌 / 胃食管连接部癌 (EC/GEJC(辅助治疗)), 最常见的不良反应 ($\geq 10\%$) 为疲乏 (43%)、肌肉骨骼痛 (27%)、腹泻 (25%)、皮疹 (24%)、恶心 (22%)、咳嗽 (21%)、瘙痒 (19%)、食欲下降 (17%)、便秘 (16%)、关节痛 (16%)、腹痛 (15%)、呼吸困难 (15%)、上呼吸道感染 (14%)、呕吐 (13%)、发热 (13%)、贫血 (13%)、头痛 (12%)。大多数不良反应为轻至中度 (1 级或 2 级)。NSCLC 患者至少 24 个月随访未发现新的安全性信号。

* 上述以及表 5 中所列的不良反应频率是根据全因不良事件发生率计算的。

- ② 纳武利尤单抗可引起免疫相关性不良反应包括免疫相关性肺炎、免疫相关性结肠炎、免疫相关性肾炎和肾功能障碍、免疫相关性内分泌疾病、免疫相关性肝炎、免疫相关性皮肤不良反应、肌炎、心肌炎和横纹肌溶解症等。应持续进行患者监测 (至少至末次给药后 5 个月), 因为不良反应可能在纳武利尤单抗治疗期间或纳武利尤单抗治疗停止后的任何时间发生。(详见说明书)

◆ 项目办公室特别声明

- ① 本项目为患者援助项目, 患者均需自愿参加。患者已充分理解欧狄沃治疗可能产生的所有不良反应和风险, 并愿意自行承担上述不良反应和风险可能导致的所有后果。中国癌症基金会对患者的病情和治疗不承担任何法律责任和经济责任。
- ② 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, 将彻底失去援助资格。
- ③ 患者及家属需确保留存的联络方式畅通, 以便项目办公室联系患者, 如有变更, 应及时告知项目办公室。如因患者及家属等自身原因导致援助延误的, 后果则由患者自行承担。
- ④ 除项目流程规定的申请资料外, 项目办公室有权根据患者具体情况要求递交更多的资料。
- ⑤ 本项目只对能够严格按照项目规定程序申请和领取援助药品的患者提供援助, 因个人原因不能按照程序要求申请和领取援助药品的患者, 将自行承担因此而产生的后果。
- ⑥ 患者必须本人到项目指定发药点领取援助药品, 按时进行医学随访。如有任何违反项目援助规定、干扰项目办公室和指定发药点及指定医生正常工作的情况, 将取消援助资格。
- ⑦ 指定医生评估暂停使用欧狄沃的患者或因自身原因不能按时领取援助药品的患者, 请患者或家属及时与项目办公室联系说明情况。超过3个月未按时进行医学随访, 将视作自动放弃援助资格。
- ⑧ 本项目为患者援助项目, 本会工作人员或指定医生不得对患者私自收取任何费用。如发现上述行为, 请患者立即举报。如患者或其家属有向上述人员行贿的行为, 项目办公室将取消其援助资格。
- ⑨ 中国癌症基金会对患者信息将严格保密, 患者的信息将不会用于任何商业用途, 仅用于项目管理, 执行和审计, 以及患者户籍或医保所在地相关政府部门查询; 如获悉药物安全性信息和产品质量投诉事件, 将按照相关法律法规的规定以及项目要求报告该等事件。
- ⑩ 在配送援助药品过程中, 因不可抗力或其他客观原因导致援助药品中断或延误, 中国癌症基金会不承担任何责任和义务。
- ⑪ 关于本项目的任何信息均以项目办公室正式发布的信息为准, 项目办公室不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。如有任何问题, 请致电项目热线咨询: 400-669-0906。
- ⑫ 未按照上述项目规定执行的患者, 将失去援助资格。
- ⑬ 中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目办公室对项目拥有最终解释权。

个人信息采集、管理及处置

- ① 除中国癌症基金会另行通知外，项目由项目办公室（“项目办”）代表中国癌症基金会负责执行，并由项目办负责在您参与项目期间与您沟通及联络您。为此，项目办可能收集、保存并仅为执行项目目的（用于项目办审核和评估您申请项目的资格、您查询项目资料、您领取项目援助药品等事宜），使用您和您的直系亲属的个人信息（包括但不限于您和 / 或您的直系亲属的照片、身份证信息、联系方式、直系亲属间的关系、您的经济情况、您的个人健康生理信息等。针对上述个人信息，特别是您个人和您的直系亲属的身份信息、您的经济情况及您的个人健康生理信息（该等信息为敏感个人信息，一旦泄露可能导致您或有关个人的人身、名誉、财产权利受损），项目办会按照适用的数据保护法规（包括但不限于《民法典》、《个人信息保护法》、《数据安全法》、《网络安全法》及其配套实施规则和国家标准，统称为“适用数据保护法规”）的要求采取与相关个人信息风险水平所匹配的和技术措施，防止未经授权的访问以及个人信息泄露、篡改、丢失。
- ② 项目办会按照适用数据保护法规的要求，将在中华人民共和国境内收集和产生的您的个人信息存储在中华人民共和国境内，并仅会在实现上述目的或项目办其它正当业务需求（例如向您提供服务或者满足相应的法律、税务以及财务的要求）所需的必要期间内来存储您的个人信息。如项目办需跨境传输或存储您的个人信息的，项目办会向您单独告知信息出境的目的、接收方、安全保证措施和安全风险，并征得您的同意。
- ③ 根据法律要求，未经您的明确同意，项目办不会向其他第三方提供您的个人信息，但下列情况除外：（1）项目办委托第三方为您提供服务，出于为您提供服务所必需向其提供您的个人信息的；（2）当您出现药物安全性信息和产品质量投诉事件时，为使相关责任方向监管机关履行该等事件的报告义务及妥善处理该等事件，而向其提供您的该等事件信息；（3）向相关的执法机构、监管机构、政府、法院或者其他第三方进行披露，并且该等披露是项目办认为必要的并且是为了符合某一项适用法律法规，或为满足监管政策要求、行使、建立或者抗辩项目办的合法权利，或为保护您或者任何其他人的非常重要的权益；（4）为本项目相关的审计、审查或检查的合理目的，在适用法律法规允许的范围内并在采取必要保护措施的前提下，向 BMS、其境内外关联公司或委托的独立机构等第三方披露您就本项目提供的相关个人信息。请您知悉，匿名化处理后的信息不属于个人信息。为评价项目目标达成情况，项目办仅会使用您的匿名化处理后的有关信息。除有关法律和法规强制要求或另行经您同意外，您的个人可识别信息不会予以公开。
- ④ 请注意，BMS 在任何情况下不参与患者联络或沟通，也不会通过任何渠道获得您的个人信息，但发生药物安全性信息和产品质量投诉事件向 BMS 报告时除外，BMS 将按照法律规定及公司对该等事件的要求保管和使用您的个人信息。您在加入本项目后，项目办可能会通过拨打您在加入本项目时所提供的电话号码对您进行随访服务。请您知悉，如您在随访电话中上报了您的安全性信息和产品质量投诉事件，项目办会记录您的不良反应情况，并将为 BMS 评估其产品的安全性、妥善处置及报告不良反应事件的目的处理这些信息，其中可能包括联系您或您的临床医生以进行二次随访、讨论安全信息，以及向 BMS 或其指定的第三方报告与其产品有关的所有安全性信息和产品质量投诉。为此目的，您的个人信息还可能被跨境传输或被 BMS 位于美国的关联公司 Bristol Myers Squibb Company 及其供应商访问、分析或报告。您有权在首次或后续随访电话中拒绝项目办向您继续提供随访服务。中国癌症基金会还有可能为本项目相关的审计、审查或检查的合理目的，在适用法律法规允许的范围内并在采取必要保护措施的前提下，向 BMS、其境内外关联公司或委托的独立机构等第三方披露您就本项目提供的相关个人信息。
- ⑤ 除法律法规另有规定或双方约定，项目办仅会为实现上述目的或项目办其它正当业务需求（例如向您提供 8 9 10 11 12 13 6 7 5 服务或者满足相应的法律、税务以及财务的要求）所必需的最短时间内来存储您的个人信息。当项目办没有这些使用您的个人信息的正当业务需求时或者当法律法规规定的保存期限到期时（以后发生者为准），项目办会删除您的个人信息或者对其进行匿名化处理，法律法规另有规定的除外。
- ⑥ 如您希望行适用数据保护法规规定的有与个人信息相关的权利（包括但不限于查阅、更正或删除您的个人信息），您可以通过本告知书披露的联系方式联系项目办获取该等信息（项目咨询热线：400-669-0906）。如果项目办根据法律法规的规定不能按照您的上述请求行事，项目办将向您说明理由，并有权拒绝您的全部或部分请求。
- ⑦ 在参与项目的过程中，您可能向其他第三方（包括但不限于指定药房）提供您的个人信息，我们提醒您在向该等第三方提供个人信息前，仔细阅读或了解该等第三方对个人信息的相关条款，确保您了解及同意该等条款。无论是中国癌症基金会还是 BMS，均不对您与第三方之间存在的任何有关个人信息的收集和承担管理义务，亦不对此承担任何责任。

该知情同意书一式两份,由您和项目办各保留一份。

本人,姓名_____,身份证号: _____, 本人已获得足够且充分的时间阅读并充分知晓和理解本知情同意书的内容,本人有机会询问所有本项目相关问题,且均获得满意答复。在本项目过程中,本人如果对本项目有进一步的问题,本人可联系项目办。如果对药品可能产生的不良反应、本人的健康或诊疗情况有任何问题或疑虑,本人将会咨询本人的处方医生或医疗卫生专业人士。本人参与本项目完全出于自愿,并同意本人可能随时会基于本知情同意书所述的理由,以非自愿的方式退出本项目。本人了解可以随时自愿退出本项目,而且退出本项目的决定决不会危害本人获得适当医疗的权利。本人自愿提供本人真实有效的个人信息,同意项目办按照本知情同意书的说明处理本人的个人信息。本人愿意加入本项目,同意并将严格遵守本项目的相关规定(包括但不限于确保提交申请资料的真实、准确、完整、有效),自愿按本项目程序申请入组本项目。

通过勾选以下复选框并签署本知情同意书,本人单独确认并同意按以下方式处理本人的个人信息:

为本知情同意书所述目的,根据本知情同意书和适用法律法规处理本人的敏感个人信息。

为本知情同意书所述目的,根据本知情同意书和适用法律法规向位于境外第三方跨境传输本人的个人信息。

本人具备完全民事行为能力,经签署本知情同意书后,该知情同意书将对本人产生法律效力。

患者签字(正楷):

日期:

此页由患者保留

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

患者经济评估表

患者（申请人）基本信息	
姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____	申请人近期照片
身份证号：_____	
联系电话 1：_____ 联系电话 2：_____	
家庭地址：_____ 省_____ 市_____	
患者（申请人）经济情况证明	
工作情况（请勾选）： <input type="checkbox"/> 在职 <input type="checkbox"/> 临时工 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 其他，请注明_____	
工作单位名称：_____ 职务：_____（如有，请填写）	
近一年度总收入为（包括工资、奖金、打零工及其他）：_____元。	
经我单位 / 政府部门核准上述情况属实，申请人家庭因经济困难（家庭情况见后附家庭情况说明），无能力长期支付欧狄沃 / 逸沃治疗费用。	
证明部门电话：_____	证明部门盖章：_____
_____年_____月_____日	
患者（申请人）声明	
(申请人) 我在此声明，已完全知晓中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目的相关信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按照程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。	
患者（申请人）签字：_____	
_____年_____月_____日	

备注：

1、本项目为慈善援助，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，情节严重将负法律责任。

2、个体经营需提供营业执照及近一年纳税证明。

3、单位/政府部门无法盖章，需提供近一年工资(退休金)银行流水或近一年纳税证明。

4、政府部门:包括村委会、居委会、乡镇政府、街道办事处及以上部门。

*上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

患者（申请人）家庭情况说明

配偶：

全部子女：

父母：

患者及配偶房产：

(申请人) 我承诺本人收入及 < 家庭情况说明 > 内容均真实有效，如有不实或隐瞒，愿意承担一切后果。

患者（申请人）签字：

_____年_____月_____日

备注：

- 1、家庭成员信息包括：姓名、年龄、经济来源、近一年总收入。
 - 2、房产信息包括：所在城市、面积、数量、用途。
- *上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第一阶段申请医学评估表

项目 申请人 填写	患者姓名		年龄		性别	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	身份证号码	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	第一联系人		电话		关系		
	第二联系人		电话		关系		
	项目指定医院						
患者签字: _____							
项目 指定 医生 填写	患者疾病诊断: 接受含铂类方案治疗期间或之后出现疾病进展且肿瘤PD-L1表达阳性(定义为表达PD-L1的肿瘤细胞 \geq 1%)的复发性或转移性头颈部鳞状细胞癌						
							<input type="checkbox"/> 是
							<input type="checkbox"/> 否
指定医生意见	已审阅并认可患者所提交的医学材料做出本次诊断:						<input type="checkbox"/> 是
使用欧狄沃治疗, 确认欧狄沃的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书, 并确认该患者从欧狄沃治疗中获益, 同意欧狄沃继续治疗: _____周 _____mg							
指定医生或 授权医生签名:	_____	指定医生 项目专用章:	_____	日期:	_____		

*备注: 请患者和指定医生完整填写和勾选评估表内容, 避免因填写原因(遗漏、错填等)造成本表无效。

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第一阶段申请医学评估表

项目 申请人 填写	患者姓名		年龄		性别	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	身份证号码	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	第一联系人		电话		关系		
	第二联系人		电话		关系		
	项目指定医院						
患者签字: _____							
项目 指定 医生 填写	患者疾病诊断: 接受含铂类方案治疗期间或之后出现疾病进展且肿瘤PD-L1表达阳性(定义为表达PD-L1的肿瘤细胞 \geq 1%)的复发性或转移性头颈部鳞状细胞癌 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
	指定医生意见	已审阅并认可患者所提交的医学材料做出本次诊断: <input type="checkbox"/> 是					
		使用欧狄沃治疗, 确认欧狄沃的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书, 并确认该患者从欧狄沃治疗中获益, 同意欧狄沃继续治疗: _____周 _____mg					
指定医生或 授权医生签名: _____ 指定医生 项目专用章: _____ 日期: _____							

*备注: 请患者和指定医生完整填写和勾选评估表内容, 避免因填写原因(遗漏、错填等)造成本表无效。

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

援助期第一次随访医学评估表

项目 申请人 填写	患者入组编码	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	患者姓名		联系电话	
	身份证号码	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	患者签字: _____			
项目 指定 医生 填写	目前完成 欧狄沃治疗 后疗效评估	依照RECIST1.1/iRECIST标准: <input type="checkbox"/> CR/iCR <input type="checkbox"/> PR/iPR <input type="checkbox"/> SD/iSD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD/iCPD		
	指定医生意见	确认该患者从欧狄沃治疗中获益, 同意欧狄沃继续治疗: _____周 _____mg		
	指定医生或 授权医生签名: _____	指定医生 项目专用章: _____	日期: _____	

*备注: 请患者和指定医生完整填写和勾选评估表内容, 避免因填写原因(遗漏、错填等)造成本表无效。

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

援助期第一次随访医学评估表

项目 申请人 填写	患者入组编码	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	患者姓名		联系电话	
	身份证号码	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	患者签字: _____			
项目 指定 医生 填写	目前完成 欧狄沃治疗 后疗效评估	依照RECIST1.1/iRECIST标准: <input type="checkbox"/> CR/iCR <input type="checkbox"/> PR/iPR <input type="checkbox"/> SD/iSD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD/iCPD		
	指定医生意见	确认该患者从欧狄沃治疗中获益, 同意欧狄沃继续治疗: _____周 _____mg		
	指定医生或 授权医生签名: _____	指定医生 项目专用章: _____	日期: _____	

*备注: 请患者和指定医生完整填写和勾选评估表内容, 避免因填写原因(遗漏、错填等)造成本表无效。

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

患者异地转诊申请表

患者姓名:	性别:	年龄:
家庭住址:		
联系电话:	患者编码:	
患者申请	请明确注明转出和转入的就诊医院或指定发药点 签字: 日期:	
转出的指定医生所在医院:		
转诊意见	签字盖章: 日期:	
转入的指定医生所在医院:		
接诊意见	签字盖章: 日期:	
项目办公室审批	项目办公室意见: 办公室主任签字: 经办人: 日期:	

*上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

*入组患者在同一个援助周期内, 不接受同城转诊。

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第二阶段申请医学评估表

项目申请人填写	患者姓名		年龄		性别	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	身份证号码	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	第一联系人		电话		关系		
	第二联系人		电话		关系		
	项目指定医院						
	患者签字: _____						
项目指定医生填写	影像学检查 (头颈部CT或 头颈部MRI或 PET-CT必填 一项)	头颈部CT: 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			
		头颈部MRI: 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			
		PET-CT: 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			
		胸部CT(如适用): 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			
其他(如适用): 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				
目前完成 欧狄沃治疗 后疗效评估	依照RECIST1.1/iRECIST标准: <input type="checkbox"/> CR/iCR <input type="checkbox"/> PR/iPR <input type="checkbox"/> SD/iSD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD/iCPD						
指定医生意见	已审阅并认可患者所提交的医学材料做出本次诊断: <input type="checkbox"/> 是						
	使用欧狄沃治疗, 确认欧狄沃的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书, 并确认该患者从欧狄沃治疗中获益, 同意欧狄沃继续治疗: _____周 _____mg						
指定医生或 授权医生签名: _____	指定医生		项目专用章: _____ 日期: _____				

*备注: 请患者和指定医生完整填写和勾选评估表内容, 避免因填写原因(遗漏、错填等)造成本表无效。

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第二阶段申请医学评估表

项目申请人填写	患者姓名		年龄		性别	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	身份证号码	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	第一联系人		电话		关系		
	第二联系人		电话		关系		
	项目指定医院						
患者签字: _____							
项目指定医生填写	影像学检查 (头颈部CT或 头颈部MRI或 PET-CT必填 一项)	头颈部CT: 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			
		头颈部MRI: 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			
		PET-CT: 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			
		胸部CT(如适用): 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			
其他(如适用): 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				
目前完成 欧狄沃治疗 后疗效评估	依照RECIST1.1/iRECIST标准: <input type="checkbox"/> CR/iCR <input type="checkbox"/> PR/iPR <input type="checkbox"/> SD/iSD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD/iCPD						
指定医生意见	已审阅并认可患者所提交的医学材料做出本次诊断: <input type="checkbox"/> 是						
	使用欧狄沃治疗, 确认欧狄沃的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书, 并确认该患者从欧狄沃治疗中获益, 同意欧狄沃继续治疗: _____周 _____mg						
指定医生或 授权医生签名: _____	指定医生 项目专用章: _____	日期: _____					

*备注: 请患者和指定医生完整填写和勾选评估表内容, 避免因填写原因(遗漏、错填等)造成本表无效。

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

再次申请经济状况证明

患者姓名	年龄	性别	粘贴患者 近期照片
身份证号			
家庭住址			
邮编	座机	手机	
第一联系人姓名		手机	
工作情况(未参加工作请注明现在情况)			
工作单位名称		工作单位电话	
职务			
在该单位的年收入(近十二个月之内,包括工资及奖金)			
再次申请理由陈述			
目前家庭经济状况及房产情况说明			
<p>患者声明:</p> <p>我在此声明,上述填写信息均属实,并且愿意配合中国癌症基金会就以上信息的审查核实。同时,已完全知晓中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目的相关信息,同意并严格遵守项目的相关规定,自愿按程序申请项目,我愿意承担违反规定后的一切后果。</p>			
患者签字并加按手印: _____		日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	



☐ 项目微信公众号：
中国癌症基金会欧狄沃项目

- ☎ 项目热线:400-669-0906
- 🌐 项目网站:www.cfchina.org.cn
- ✉ 邮政信箱:北京100061-10信箱