



中华慈善总会  
多吉美患者援助项目

中华慈善总会多吉美患者援助项目  
**肾癌项目申请指南**

亲爱的患者朋友：

您好！

首先，中华慈善总会多吉美患者援助项目办公室对您表示深切的关心和问候！

多吉美患者援助项目旨在帮助中国大陆地区罹患肾癌、肝癌，且临床获益于多吉美药物治疗的广大贫困患者。多吉美药品由德国拜耳医药保健有限公司捐赠，由中华慈善总会设立多吉美项目办公室实施具体援助工作。

申请项目援助需办理相关手续，请您和家属仔细阅读申请指南。

1.国家药监局批准适应症

- ▶ 治疗不能手术的晚期肾细胞癌
- ▶ 治疗无法手术或远处转移的肝细胞癌

2.需患者本人知晓病情并自愿申请

3.需如实填写申请资料，不得漏报或隐瞒申报

4.需患者本人亲自领取援助药品，不得由他人代领

5.需遵守项目任何规定，如违反项目规定将取消项目援助

中华慈善总会多吉美项目办公室

2016年4月

1. 申请流程.....	02
2. 肾癌项目患者申请表.....	04
3. 肾癌项目患者医学条件确认表.....	14
4. 肾癌项目患者随访表.....	15
5. 援助药品发放点.....	16

## 02 申请流程图

01



患者服药2个月后到项目注册医生处，由注册医生填写“医学条件确认表”并准备好以下全套资料，用邮政快递EMS一起邮寄到项目办公室。

02



+



复印件  
正面-背面

+



复印件

+



+



+



因患者具体情况不同，可能会补充其他证明资料，以项目办具体通知为准。

03

**项目办公室按每次收到患者资料之日起十个工作日审结**

- 1.资料合格通过项目办审核，则退回原始发票并邮寄《致患者的一封信》。
- 2.资料不齐全，项目办将电话通知患者补充资料，待收到补充资料后继续审核。
- 3.资料不符合援助条件、多次补充资料不合格或资料长时间未补充，项目办将退回患者全部申请资料，并邮寄《退回通知》。

04

**审核通过后，请患者接到项目办公室发送的发药审批通过短信后，前往指定发药点领取援助药品**

热线电话：400-864-2150

官方网站：[www.ncpap.com.cn](http://www.ncpap.com.cn)

工作时间：周一至周五，上午9:00-12:00，下午 13:00-17:00

法定节假日除外

# 患者资料请通过邮政快递EMS邮寄到项目办公室 03

请通过邮政局EMS快递

EMS 全球邮政特快专递		国内特快专递邮件详情单	
收寄日期: 年Y 月M 日D 时H		E H S 7 6 6 1 5 9 2 1 C N	
收寄地点: 王XX	收件人姓名: 王XX 电话: 390000XXXX (非常重要 VERY IMPORTANT)	收件人姓名: 多吉美项目办公室 电话: 400-864-2150 (非常重要 VERY IMPORTANT)	TO
单位名称: COMPANY NAME	地址: 北京市XX区XX街XX号XX小区X单元X室	单位名称: COMPANY NAME	地址: 北京市100034信箱22分箱 中华慈善总会多吉美项目办公室
用户代码: 110000	邮政编码: 100045	城市: CITY	邮政编码: 100034
内件品名: 文件资料	数量: 1	重量: 1.00 KG	资费: 1.00
保价: 保价金额: 无(大写)	方 件 箱 封 无(大写)	费用总计: 1.00	收件人签名: (请书写工整)
发件人签名: 王XX	备注: REMARK	收件人签名: (请书写工整)	
EH576615921CN			



邮寄地址: 北京市100034信箱22分箱中华慈善总会多吉美项目办公室  
热线电话: 400-864-2150  
邮政编码: 100034

## 温馨提示:

中华慈善总会多吉美患者援助项目, 只接收患者通过邮政快递EMS邮寄的资料, 不接收患者通过其他快递公司或挂号信及平信邮寄的资料。

## 04 肾癌项目患者申请表



### 中华慈善总会 多吉美患者援助项目（肾癌） 患者申请表

姓名要求：  
需要与身份证和户口本均保持一致

患者姓名：\_\_\_\_\_XXX\_\_\_\_\_

申请日期：\_\_\_\_\_XXXX年X月X日\_\_\_\_\_



## 中华慈善总会多吉美患者援助项目

### 患者告知书

(2016年4月版)

亲爱的患者：

中华慈善总会多吉美患者援助项目是中华慈善总会为帮助因病致贫的晚期肾癌患者得到多吉美药品援助而设立的慈善项目。为保证申请人顺利得到援助，特作如下通告：

#### 一、援助对象及申请条件

**援助对象：**年满 14 周岁并知晓本人病情，经医学评估符合多吉美适应症，按说明书推荐剂量服用 3 个月多吉美持续治疗，获得明确疗效且没有严重不良反应，经济上无法支付继续服用多吉美费用的中国大陆患者。因为援助数量有限，满足上述条件并不等于一定能得到援助。

**患者医学条件：**

不能手术的晚期肾细胞癌。

**患者经济条件：**

经相关单位证实长期服药且经济困难的患者。

#### 二、项目要求

1. 患者必须如实提交所有材料，凡提交虚假或不如实提交所需材料者，将彻底失去受助资格。
2. 患者必须本人到项目注册医生处进行医学检查以确认符合医学标准，并由注册医生亲自在医学条件确认表上签字并盖章。
3. 项目办将根据申请人提交资料的先后次序进行审核，并在收到材料 10 个工作日内予以通知。如您材料寄出超过 10 个工作日没有任何反馈，请务必及时拨打项目热线咨询或登录项目网站查询。因患者自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担。
4. 受助患者必须亲自到指定注册医生处进行随访、开具处方，必须每月亲自按时到指定发药点领取援助药品，不多领、不要求家属代领药，严格遵守中华慈善总会多吉美患者援助项目的规定，援助药品只用于受助患者本人，且能够遵医嘱用药。如有任何违反项目援助规定、干预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。
5. 患者由于任何原因不能按时领药，请患者或直系家属及时与中华慈善总会多吉美患者援助项目办公室说明情况。超过 3 个月未按时领药且未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；提出临时停药申请者，重新用药前需再次进行医学评估。
6. 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。
7. 患者如经济状况和享受低保情况发生变化，须及时告知项目办公室。项目办公室定期对受助患者进行医学和经济抽查，请患者妥善保存检查报告原件等相关资料。如未告知或不配合抽查或抽查结果不合格，将取消患者受助资格。
8. 本项目为慈善援助项目，项目工作人员和注册医生不得收取任何费用。请立即举报。如患者或患者家属有向上述人员行贿的行为，患者将失去获得援助的机会。
9. 患者无论因任何原因停止服用援助药品或退出援助项目时，中华慈善总会要求患者将未服用过的多吉美援助药品及空包装全部退回至发药点。患者及家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相应责任。

请确认使用2016年4月版本的申请表，旧申请表无效

本项目只针对14周岁以上患者

重要信息请仔细阅读

## 06 患者告知书

### 重要信息请仔细阅读

患者在援助期间出现上述任何情况，项目将取消其援助资格

### 三、特别声明

1. 中华慈善总会对患者信息将严格保密，患者信息仅用于项目的管理、执行和审计。
2. 本项目为慈善援助，患者自愿参加，须患者本人直接申请，项目办公室不接收任何其他人员代表患者进行项目申请。中华慈善总会对学生的病情和治疗，以及援助药品所可能产生的任何不良反应不承担责任和义务。
3. 在援助过程中，因无法抗拒原因导致药品中断或延误，中华慈善总会不承担责任。
4. 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笺。
5. 申请项目均按项目办公室发出正式信息为准，项目办公室不为误听其它渠道信息产生的后果承担责任。如有疑问请致电中华慈善总会多吉美患者援助项目热线咨询或登陆中华慈善总会多吉美患者援助项目网站，以便准确、详实地了解项目申请程序及相关要求。
6. 对申请和援助中出现的任何问题，患者与项目办公室协商解决。协商不成，由中华慈善总会所在地法院依法判决。
7. 中华慈善总会多吉美患者援助项目办公室对患者援助项目拥有最终解释权。

### 四、患者出组标准

申请患者出现以下任何一种情况时，将拒绝受理其援助申请，已批准的患者视为其自动退出项目：

1. 进入多吉美援助项目继续治疗的患者，需每三个月参照RECIST标准评价疗效，判定为进展(PD)的。
2. 多吉美治疗期间出现严重不良反应，且由临床医师认为患者不能耐受。
3. 患者或法律监护人/亲属要求停止继续应用多吉美治疗。
4. 血清学 $\beta$ -人绒毛膜促性腺激素(HCG)试验结果证明妊娠(孕妇)。
5. 发生需要治疗的第二种肿瘤，医师认为需要停药的。
6. 不能按项目规定每月评价病情，每三个月复查CT或MRI的。
7. 患者去世或患者自动放弃受助资格。
8. 患者出现违反项目规定行为的，如倒卖援助药品、不遵守领药规定、被举报虚假申请等。

### 五、项目联系方式

1. 邮寄地址：北京市 100034 信箱 22 号分箱，邮编 100034，收件人：多吉美患者援助项目办公室。（患者须将所有申请材料通过中国邮政 EMS 邮寄至上述地址）
2. 热线电话：400-864-2150  
工作时间：周一至周五，上午 9:00-12:00，下午 13:00-17:00，法定节假日除外。
3. 项目网站：<http://www.ncpap.com.cn/>
4. 电子邮箱：[ncpap66@vip.163.com](mailto:ncpap66@vip.163.com)

中华慈善总会多吉美患者援助项目办公室  
2016年4月





## 中华慈善总会多吉美患者援助项目填表说明

1. 《中华慈善总会多吉美患者援助项目患者申请表》是中华慈善总会多吉美患者援助项目确定受助人资格的重要依据之一，患者应逐栏用钢笔或签字笔认真填写，字迹清晰，不得涂改，不得空缺（若没有填写“无”，凡填写不符合要求的，多吉美患者援助项目办公室不予受理。
2. 请患者认真阅读本表格每页下方的填表说明，并按要求填写内容、准备相关资料。
3. 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。
4. 请务必保持表格中填写的常用手机号码畅通，项目办将通过此号码与患者联系以及推送申请相关重要信息。

重要信息请仔细阅读

需要邮寄的资料（所有材料请勿粘贴，并全部使用 A4 纸打印或复印）：

◆ 服药 2 个月后邮寄以下资料：

1. 《中华慈善总会多吉美患者援助项目（肾癌）患者申请表》原件 1 份。
2. 患者本人有效期内二代身份证复印件（正反面）1 份。
3. 患者本人及父母、配偶、所有子女的户口本复印件各 1 份。
4. 《中华慈善总会多吉美患者援助项目肾癌患者医学条件确认表》原件 1 份。
5. 根据注册医生在《中华慈善总会多吉美患者援助项目肾癌患者医学条件确认表》中所勾选内容对应的医学资料原件（复印件需要加盖医院公章）。
6. 在正规渠道购买、标有患者姓名的 6 盒（360 片）多吉美药品自费用药发票原件及相应购药明细清单原件（复印件需加盖医院收费专用章或报销部门公章）。

服药2个月后邮寄相关材料，  
注意邮寄资料明细

病前低保患者还需邮寄（病前低保患者无需提供自费用药发票）：

1. 低保证复印件，复印件需由当地区、县级以上民政局加盖公章。（1 份）
2. 近一年低保金领取记录复印件（需包含低保金领取人信息），复印件需由当地区、县级以上民政局加盖公章。（1 份）
3. 首次确诊病例复印件，需加盖医院公章。（1 份）

需邮寄医学资料原件或加盖  
医院公章的复印件

如发票原件由报销单位留存，  
则需提供清晰完整的发票复  
印件，由报销单位在复印件  
上加盖公章，并注明“此复  
印件与原件一致”

中华慈善总会多吉美患者援助项目办公室  
2016 年 4 月

## 08 患者经济状况调查表

姓名要求：与身份证和户口本一致

照片要求：患者本人近1年内1寸彩色证件照片

填写患者本人可以接收信件  
的地址

所有患者需如实填写个人学习  
及参加工作的情况；  
申请理由需包括患者患病情况，  
家庭经济情况及自愿申请项目  
的陈述

低保患者请勾选“是”，非低  
保患者请勾选“否”

章：此处需当地街道办事处  
（乡镇政府）、地方慈善会  
或相关民政部门核准患者经济  
能力后盖章，需经办人签字，  
并注明联系电话和盖章日期

请患者务必根据实际情况勾选



### 中华慈善总会多吉美患者援助项目 患者经济状况调查表

患者姓名	XXX	身份证号码	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
年龄	XX	常用手机号码	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
疾病确诊时间	XXXX年XX月	患者家庭上年度总收入	XXXX元	
邮寄地址	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
工作履历及申请理由 陈述	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
患者是否享受低保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	开始享受 低保时间	XXXX年XX月XX日	低保发证单 单位名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXX
请当地街道办事处（乡镇政府）、地方慈善会或相关民政部门核准患者经济困难无力承担治疗费用。				
(公章)				经办人签字：XXX 单位联系电话：XXXX-XXXXXXXX XXXX年XX月XX日
请患者申报家庭是否具有高额资产（包括高档住宅、豪华家用轿车、有价证券、公司企业等）				
<input type="checkbox"/> 否				
<input type="checkbox"/> 是，具体情况为：				
以下部分无需申请人填写				
中华慈善总会多吉美患者援助项目办公室审核意见				
年 月 日				



## 中华慈善总会多吉美患者援助项目 患者本人及配偶经济情况登记表

患者本人工作情况 (请勾选)	<input type="checkbox"/> 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
工作单位名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		工作部门及职务	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
上年度个人总收入(总收入包括工资、奖金及其他零散收入): _____ XXXX (元)					

证明单位盖章:  
(公章)



XXXX 年 XX 月 XX 日

工作情况如勾选“其他”则需注明其具体情况

有工作单位者由单位证明并盖章,临时工作、个体经营、务农及其他工作者需由当地街道办事处(乡镇政府)、社区居委会(村委会)盖章证明

患者配偶姓名	XXX	联系电话	XXXX-XXXXXXXX		
患者配偶工作情况 (请勾选)	<input type="checkbox"/> 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
工作单位名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		工作部门及职务	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
上年度个人总收入(总收入包括工资、奖金及其他零散收入): _____ XXXX (元)					
证明单位盖章: (公章)					
 <p>XXXX 年 XX 月 XX 日</p>					

如果无配偶,请在患者配偶姓名处填写“无”

**备注:**

1. 有固定工作者需由目前工作单位盖章证明。
2. 临时工作、个体经营、务农及其他工作者,需由当地街道办事处(乡镇政府)、社区居委会(村委会)盖章证明。
3. 个体经营者还需要提供营业执照复印件及近半年完税证明。
4. 出国学习工作或定居者需要提供经济状况公证书,公证书内容包括本表所涉及全部内容。

## 10 患者父母经济情况登记表

父母去世的需在表格中注明父母姓名，并标注“已去世”

收入情况请务必如实填写

收入情况请务必如实填写

患者父母已退休由原单位、当地街道办事处（乡镇政府）、社区居委会（村委会）盖章证明均可



### 中华慈善总会多吉美患者援助项目 患者父母经济情况登记表

患者父亲姓名	XXX	联系电话	XXXX-XXXXXXXX
患者父亲工作情况 (请勾选)	<input type="checkbox"/> 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		
工作单位名称	XXXXXXXXXXXX	工作部门及职务	XXXXXXXXXXXX
上年度个人总收入（总收入包括工资、资金及其他零散收入）： _____ XXXX（元）			
证明单位盖章： (公章)			
			
XXXX年 XX月 XX日			

患者母亲姓名	XXX	联系电话	XXXX-XXXXXXXX
患者母亲工作情况 (请勾选)	<input type="checkbox"/> 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		
工作单位名称	XXXXXXXXXXXX	工作部门及职务	XXXXXXXXXXXX
上年度个人总收入（总收入包括工资、资金及其他零散收入）： _____ XXXX（元）			
证明单位盖章： (公章)			
			
XXXX年 XX月 XX日			

备注：

1. 有固定工作者需由目前工作单位盖章证明。
2. 临时工作、个体经营、务农及其他工作者，需由当地街道办事处（乡镇政府）、社区居委会（村委会）盖章证明。
3. 个体经营者还需要提供营业执照复印件及近半年完税证明。
4. 出国学习工作或定居者需要提供经济状况公证书，公证书内容包括本表所涉及全部内容。



## 中华慈善总会多吉美患者援助项目

### 患者成年子女经济情况登记表

患者子女姓名	XXX	联系电话	XXXX-XXXXXXX
患者子女工作情况 (请勾选)	<input type="checkbox"/> 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		
工作单位名称	XXXXXXXXXXXX	工作部门及职务	XXXXXXXXXXXX
上年度个人总收入(总收入包括工资、资金及其他零散收入): _____ XXXX (元)			
证明单位盖章: (公章) 			
XXXX 年 XX 月 XX 日			

如患者有多个子女不够填写，可将此表格自行复印使用；患者需填写所有子女经济情况，若无子女在表中注明“无”

收入情况请务必如实填写

患者子女姓名	XXX	联系电话	XXXX-XXXXXXX
患者子女工作情况 (请勾选)	<input type="checkbox"/> 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		
工作单位名称	XXXXXXXXXX学校	工作部门及职务	XXXXXXXXXXXX
上年度个人总收入(总收入包括工资、资金及其他零散收入): _____ XXXX (元)			
证明单位盖章: (公章) 			
XXXX 年 XX 月 XX 日			

父母去世的需在表格中注明父母姓名，并标注“已去世”

**备注:**

1. 有固定工作者需由目前工作单位盖章证明。
2. 临时工作、个体经营、务农及其他工作者，需由当地街道办事处(乡镇政府)、社区居委会(村委会)盖章证明。
3. 个体经营者还需要提供营业执照复印件及近半年完税证明。
4. 出国学习工作或定居者需要提供经济状况公证书，公证书内容包括本表所涉及全部内容。
5. 年满18周岁子女均需要填写此表，此表如不够填写可自行复印使用。

重要信息请仔细阅读

## 12 患者知情同意书



### 患者知情同意书

我知晓自身病情，自愿按程序申请中华慈善总会多吉美患者援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会多吉美患者援助项目患者告知书》及《中华慈善总会多吉美患者援助项目填表说明》的全部内容，并完全接受其中的各项规定。我承诺申请援助项目所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及审计抽查，严格遵守中华慈善总会多吉美患者援助项目的各项规定，愿意承担因不实申报或违反项目规定导致的包括并不限于申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。我在此郑重声明，如因本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会多吉美患者援助项目、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

勾选同意或不同意

本人（请勾选）  不同意 /  同意 联系我的治疗医生进行不良事件的随访。

请您仔细阅读此知情同意书，并由患者本人签字；如由家属代签，需先签患者姓名，并由患者按手印

患者签字（须患者本人签字）：XXX

签字日期：XXXX年XX月XX日

（如患者本人书写不便，可由他人代签但须签患者姓名，患者本人按手印）



代签人姓名：XXX 与患者关系：XXX

此页由患者妥善留存，无需邮寄

（患者留存）



## 患者知情同意书

我知晓自身病情，自愿按程序申请中华慈善总会多吉美患者援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会多吉美患者援助项目患者告知书》及《中华慈善总会多吉美患者援助项目填表说明》的全部内容，并完全接受其中的各项规定。我承诺申请援助项目所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及审计抽查，严格遵守中华慈善总会多吉美患者援助项目的各项规定，愿意承担因不实申报或违反项目规定导致的包括并不限于申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。我在此郑重声明，如因本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会多吉美患者援助项目、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

本人（请勾选）  不同意 /  同意 联系我的治疗医生进行不良事件的随访。

患者签字（须患者本人签字）：XXX

签字日期：XXXX年XX月XX日

（如患者本人书写不便，可由他人代签但须签患者姓名，患者本人按手印）



代签人姓名：XXX 与患者关系：XXX

（中华慈善总会留存）

勾选同意或不同意

请您仔细阅读此知情同意书，并由患者本人签字；如由家属代签，需先签患者姓名，并由患者按手印

此页需同其他全部申请资料邮寄到项目办，由中华慈善总会留存

# 14 肾癌项目患者医学条件确认表



中华慈善总会多吉美患者援助项目

## 肾癌患者医学条件确认表

患者姓名		身份证号码		联系电话	
医院名称			注册医生		
病理诊断为肾细胞癌	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	多吉美治疗开始时间	年	月 日

请医生确认患者是否已提供以下医学材料（请在患者提供的医学材料对应选项处划“√”）：

### 一、诊断材料

1)  确诊 RCC 的病理报告

### 二、疗效判断材料（以下两项资料须全部提供）

1)  服用多吉美前的影像学报告（CT/MRI）

2)  多吉美治疗 8-12 周的影像学报告（CT/MRI）

**注意：以上医生确认患者已提供的所有医学资料原件（如为复印件需要加盖医院章）需全部邮寄至项目办进行审核。**

患者是否符合援助医学标准	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	服用多吉美剂量	400mg <input type="checkbox"/> BID	<input type="checkbox"/> QD	<input type="checkbox"/> QOD
			□其他 _____			

备注

注册医生签字并盖章	填表时间	年	月	日
-----------	------	---	---	---

备注：1、此表由注册医生本人填写，不得空缺和涂改。如有涂改，需在涂改处盖注册医生章。

2、此表自填表之日起，有效期 2 个月。

3、此表格适用于不能进行网上申请的患者，如为网上申请患者，则本表格的信息和相关医学证明材料均通过网上提交。

4、本表及上述医生确认患者已提供的所有医学资料原件（如为复印件需要加盖医院章）需全部通过中国邮政 EMS 邮寄到中华慈善总会多吉美项目办公室指定信箱：北京市 100034 信箱 22 号分箱。收件人：多吉美项目办公室。

5、如获知不良事件或其他需要报告的情况，请确保在获知的一个工作日内报告至拜耳公司药物警戒部门（传真 010-85505141 或邮件 pv.china@bayer.com）。

请提供医学材料原件或者复印件加盖医院的公章

此处需由项目注册医生本人签字、盖章，并填写填表日期

重要信息请仔细阅读

（中华慈善总会保留）





## 中华慈善总会多吉美患者援助项目 肾癌患者随访表

患者姓名		患者编号	
联系电话		身份证号	
医院名称		注册医生	
请医生确认患者是否已提供以下医学材料： <input type="checkbox"/> 近3个月的影像学报告（CT/MRI，至少每3个月进行一次影像学评估） <b>注意：以上医生确认患者已提供的医学资料原件（如为复印件需要加盖医院章）需邮寄至项目办进行审核。</b>			
是否符合继续援助医学标准	<input type="checkbox"/> 继续 <input type="checkbox"/> 停止，如停止原因涉及不良事件或怀孕等情况，请注明：_____		
	<input type="checkbox"/> 否，按上月剂量援助（援助剂量无变化时，请勿勾选下方剂量选项） <input type="checkbox"/> 是，变更后剂量为：400mg <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QOD <input type="checkbox"/> 其他_____		
注册医生签字并盖章		填表时间	年 月 日

备注：

- 1、此表由注册医生本人填写，不得空缺和涂改。如有涂改，需在涂改处盖注册医生章。
- 2、患者需要服用上月援助药品 10 日后，方可进行本月医学随访，并邮寄此表格至项目办公室进行审核。
- 3、此表格适用于不能进行网上申请的患者，如为网上申请患者，则本表格的信息和相关医学证明资料均通过网上提交。
- 4、本表及上述医生确认患者已提供的医学资料原件（如为复印件需要加盖医院章）需通过中国邮政 EMS 邮寄到中华慈善总会多吉美项目办公室指定信箱：北京市 100034 信箱 22 号分箱。收件人：多吉美项目办公室。
- 5、若随访未通过，我将及时联系患者。若随访通过，我办不再另行通知，患者可以拨打项目热线 400-864-2150 查询随访结果。
- 6、若患者未按规定随访，则不能继续领取援助药品。
- 7、如获知不良事件或其他需要报告的情况，请确保在获知的一个工作日内报告至拜耳公司药物警戒部门（传真 010-85505141 或邮件 pv.china@bayer.com）。

（中华慈善总会保留）

请仔细阅读并提供对应勾选医学材料，未勾选则无需提供。

此处需由项目注册医生本人签字、盖章，并填写填表日期

患者需服用上月援助药品10日后，方可进行本月随访

## 16 多吉美发药点

序号	各省市慈善会名称	发药点名称	发药点地址	邮编
1	北京市慈善协会	北京医保全新大药房有限责任公司	北京市东城区安定门内大街96号	100009
2	上海市慈善基金会	上海永裕大药房内（沿街底商）	上海市静安区武定路970号	200051
3	江苏省慈善总会	江苏民政康复医院药剂科	南京市福建路20号	210003
4	广东省慈善总会	广州百济新特药业连锁有限公司	广州市先烈南路23号之一A6A7	510060
5	辽宁省慈善总会	沈阳市口腔医院	沈阳市和平区中山路138号	110001
6	天津市慈善协会	天津听力障碍专科医院	天津市河东区卫国道105号	300151
7	陕西省慈善协会	西安双鹤大药房东二药店	西安市东柳巷8号	710001
8	湖南省慈善总会	湖南同健大药房三楼	长沙市五一东路165号	410005
9	河南省慈善总会	河南省第一慈善医院（郑州市第三人民医院）	郑州市管城区南顺城街136号	450011
10	黑龙江省慈善总会	哈尔滨新特药商店1层	哈尔滨市道里区地段街95-1号	150010
11	温州市慈善总会	温州市慈善总会	温州市瓯海区六虹桥蛟尾路9号温州市中医院（六虹桥院区）门诊楼二楼西药房旁	325005
12	江西省慈善总会	江西省慈善总会	江西省南昌市丁公路52号	330002
13	湖北省慈善总会	康德乐大药房	武汉市江汉区常青一路站北二村239号 学林华府1栋1-2层6号	430024
14	大连市慈善总会	大连健安新药特药有限公司	大连市西岗区珠江路83号	110611
15	浙江省慈善总会	杭州全德堂药房有限公司	杭州市上城区光复路97号	310006
16	河北省慈善总会	河北省慈善总会	石家庄市泰华街122号	050051
17	山东省慈善总会	康德乐大药房	济南市经七路纬十二路兴盛小区1号楼2号商铺	250001
18	福建省慈善总会	福建省慈善总会	福州市鼓东路57号	350001
19	甘肃省慈善总会	甘肃省慈善总会	兰州市城关区东岗甸子街2号兰大一院兰泰分院	730013
20	厦门市慈善总会	厦门市慈善总会	厦门市公园南路2号（原市政府楼2楼）	361003
21	山西省慈善总会	山西省慈善总会	太原市漪汾街9号民政大厦五层505室	030027
22	云南省慈善总会	云南省慈善总会	昆明市环城西路与安康路交叉口非常天地大厦20层	650224
23	新疆慈善总会	新疆慈善总会	乌鲁木齐市鲤鱼山南路137号新疆医科大学第一附属医院第二住院部负一层	830054
24	重庆市慈善总会	重庆市慈善总会	重庆市渝中区人民路248号12楼	400015

序号	各省市慈善会名称	发药点名称	发药点地址	邮编
25	青岛市慈善总会	青岛市慈善总会	青岛市延安三路228号民政大厦一楼1105室	266001
26	贵州省慈善总会	贵州省慈善总会	贵阳市中华北路240号民政厅5楼	550000
27	安徽省慈善与社会福利协会	安徽省慈善与社会福利协会	合肥市濉溪路99号安徽民政大厦1楼特种药品发放点(北一环韩美整形医院正对面)	230041
28	宁波市慈善总会	宁波市华慈医院	宁波市海曙区永丰路216号	315010
29	内蒙古慈善总会	内蒙古慈善总会	呼和浩特市呼伦贝尔北路89号 (原检察院内南侧3楼西面第二个房间)	010050
30	四川省慈善总会	四川省肢体伤残康复医院住院部一楼药房	成都市龙江路26号	610042
31	宁夏慈善总会	宁夏慈善总会	银川市兴庆区海宝小区儿童福利院内5楼	750001
32	吉林省慈善总会	长春国药大药房	长春市开源街67号(万宝街与开源街交汇)	130033
33	深圳市慈善会	广州百济新特药业有限公司深圳分店	深圳市罗湖区华丽路2062号翠华花园首层康德乐百济新特药房	518019
34	广西慈善总会	广西慈善总会	南宁市民主路49号自治区民政厅综合楼3楼302室	530012
35	海南省慈善总会	海南省慈善总会	海口市海府路22号海南省军区第二招待所西楼(皇马假日酒店旁)一楼108房	570105
36	青海省慈善总会	青海福利慈善医院	西宁市城东经济技术开发区开元路9号	810007
37	徐州市慈善总会	徐州市民政医院	徐州市淮海东路150号徐州市民政医院药剂科	221003
38	苏州市慈善总会	苏州市眼视光医院	苏州市沧浪区书院巷18号	215002
39	包头市慈善总会	社会捐助接收工作站	包头市青山区繁荣道12号包头市社会捐助接收工作站	014030
40	汕头市慈善总会	华威药品经营部	汕头市长平路58号(梅园17幢109)	515041
41	烟台市慈善总会	烟台市慈善总会救助部	烟台市莱山区观海路75号玉岱大厦303室	264003
42	周口市慈善总会	周口市慈善总会	周口市黄河路中段慈善医院药房	466799
43	晋城市慈善总会	晋城市慈善总会	晋城市城区泽州路959号 中华慈善总会药品援助项目城发药办	048000
44	桂林市慈善事业会	桂林市慈善事业会	桂林市秀峰区三多路32号桂林市慈善事业会	541001
45	重庆市万州区慈善会	优抚康复医院	重庆市万州区周家坝海关路115号	404089
46	淮安市慈善总会	淮安中山医院	淮安市清河区健康东路7号	223001
47	南通市慈善总会	南通市紫琅医院	南通市崇川区红星路9号	226006



此申请指南以晚期肾癌患者申请多吉美患者援助项目为例，仅供参考，  
具体相关的审核标准，请以项目审核结果为准

项目热线电话：400-864-2150

工作时间：周一至周五，上午9:00-12:00，下午13:00-17:00，法定节假日除外

地 址：北京市100034信箱22分箱中华慈善总会多吉美项目办公室

邮 编：100034

电子邮箱：肾癌ncpap66@vip.163.com

项目官方网站：[www.ncpap.com.cn](http://www.ncpap.com.cn)，登陆网站可以了解更多多吉美患者援助项目最新动态

患者自助查询系统：[www.zbpap.com](http://www.zbpap.com)，登录系统可以自助查询申请审批进度