



中华慈善总会
多吉美患者援助项目（肝癌）
患者申请表

患者姓名： _____

申请日期： _____



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肝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18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：

无法手术或远处转移的肝细胞癌（BCLC B期和BCLC C期）。

原发病灶和/或转移病灶须经组织学或临床诊断为肝细胞癌。

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，患者自行承担责任。
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，患者自行承担责任。
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。如发现上述行为，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。

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，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，已批准入组的视为其自动退出项目：

1. 从开始服药起，如患者任何一次影像学经 mRECIST/RECIST1.1 评价为进展（PD），将进入三个月的进一步观察期，三个月后影像学评价进展（PD）确认。（注：评估基线为服用多吉美前）
2. 不能按项目规定每月评价病情（包括 ECOG 评分及肝功能 Child-Pugh 分级），每三个月复查 CT 或 MRI 者。
3. 服用多吉美治疗期间出现 3-4 级严重不良反应或 ECOG 评分 >2，将进入三个月的进一步观察期，3-4 级严重不良反应持续或 ECOG 评分 >2 持续。
4. 肝功能失代偿（肝功能失代偿标准为 Child-Pugh 评分为 C 级）者。
5. 多吉美治疗期间合并根治性治疗（包括手术切除，局部消融，肝脏移植）。
6. 患者或其法律监护人/亲属要求停止继续服用多吉美药品。
7. 血清学 β -人绒毛膜促性腺激素（HCG）试验结果证实妊娠的患者（孕妇）。
8. 患者去世或患者自动放弃援助资格。
9. 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、多吉美项目联系方式

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：ncpap99@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通知。

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（肝癌）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肝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肝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）。

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）

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

患者经济状况调查表

患者姓名		身份证号码		请粘贴患者本人 近一年内1寸 证件照片	
年龄		常用手机号码			
疾病确诊时间	____年__月	患者家庭 上年度总收入	元		
邮寄地址					
工作履历及 申请理由 陈述					
患者是否 享受低保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	开始享受 低保时间	____年__月__日	低保发证单 单位名称	
<p>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。</p> <p style="text-align: center; color: red;">（公章）</p> <p style="text-align: right;">经办人签字：_____</p> <p style="text-align: right;">单位联系电话：_____</p> <p style="text-align: right;">_____年__月__日</p>					
<p>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）</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是，具体情况为：_____</p>					
以下部分无需申请人填写					
<p>中华慈善总会多吉美患者援助项目办公室审核意见</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</p>					



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 <u>(请勾选)</u>	<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	工作部门及职务		
上年度个人总收入（总收入包括工资、奖金及其他零散收入）： _____（元）			
证明单位盖章： (公章)			
年 月 日			

患者配偶姓名	联系电话		
患者配偶工作情况 <u>(请勾选)</u>	<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	工作部门及职务		
上年度个人总收入（总收入包括工资、奖金及其他零散收入）： _____（元）			
证明单位盖章： (公章)			
年 月 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

患者父母经济情况登记表

患者父亲姓名		联系电话	
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		工作部门及职务	
上年度个人总收入(总收入包括工资、资金及其他零散收入): _____ (元)			
证明单位盖章: (公章) 年 月 日			

患者母亲姓名		联系电话	
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		工作部门及职务	
上年度个人总收入(总收入包括工资、资金及其他零散收入): _____ (元)			
证明单位盖章: (公章) 年 月 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		联系电话	
患者子女工作情况 <u>(请勾选)</u>	<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		工作部门及职务	
上年度个人总收入（总收入包括工资、资金及其他零散收入）： _____（元）			
证明单位盖章： （公章） <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			

患者子女姓名		联系电话	
患者子女工作情况 <u>(请勾选)</u>	<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		工作部门及职务	
上年度个人总收入（总收入包括工资、资金及其他零散收入）： _____（元）			
证明单位盖章： （公章） <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			

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。



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		联系电话	
患者子女工作情况 <u>(请勾选)</u>	<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		工作部门及职务	
上年度个人总收入（总收入包括工资、资金及其他零散收入）： _____（元）			
证明单位盖章： （公章） <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			

患者子女姓名		联系电话	
患者子女工作情况 <u>(请勾选)</u>	<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		工作部门及职务	
上年度个人总收入（总收入包括工资、资金及其他零散收入）： _____（元）			
证明单位盖章： （公章） <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			

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。



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）：

签字日期：

（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： _____ 与患者关系： _____

（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）：

签字日期：

（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：_____ 与患者关系：_____

（中华慈善总会留存）