

中华慈善总会安维汀慈善援助项目

患者告知书

秉承中华慈善总会的一贯宗旨：发扬人道主义精神，弘扬中华民族扶贫济困的传统美德。中华慈善总会在上海罗氏制药有限公司的大力支持下，开展了“安维汀慈善援助项目”，旨在减少广大低收入转移性结直肠癌患者的经济负担，造福于民，回报于民，帮助广大低收入人群获得更大的支持，满足并鼓励患者与疾病抗争的物质与精神的需求。

项目援助对象

- ①本人知晓自己患转移性结直肠癌，经项目医务志愿者评估确认为符合安维汀适应症的低保患者（享有低保待遇至少一年）。
- ②本人知晓自己患转移性结直肠癌，经项目医务志愿者评估确认为符合安维汀适应症的经济贫困的非低保患者。连续使用安维汀治疗至少4个月，总治疗剂量不低于2.5mg/kg/w，疾病无进展或仅进展一次，经临床评估能够继续从安维汀治疗中获益，但因经济原因无法继续承担药品费用。

*因援助数量有限，满足上述条件并不等于一定能得到援助。

项目申请条件

医学条件（患者必须符合以下所有医学条件）

- ①患者本人必须知情，经病理诊断为转移性结直肠癌。
- ②在接受安维汀治疗前必须有可评价病灶。
- ③患者连续使用安维汀治疗至少4个月，总治疗剂量不低于2.5mg/kg/w，如治疗有中断，必须在最长不超过10个月内完成上述相当于4个月剂量的治疗，疾病无进展或仅进展一次，经临床评估能够继续从安维汀治疗中获益。

* 符合项目所规定低保条件的患者请忽略此项。

其他条件

- ①本项目援助对象为持中华人民共和国居民身份证/军人证的大陆患者。
- ②患者需在开始使用安维汀的同时填写项目预约信息表、患者告知书、患者知情同意书和经济评估，以EMS或挂号信方式邮寄至“北京100034-10信箱”进行项目预约，最迟不超过1个月。不进行项目预约，不予受理项目申请。（符合项目所规定低保条件的患者可直接申请）
- ③本人根据自身工作状态，由单位人事部门及户籍所在地街道/乡镇人民政府出具符合以下要求的经济评估表。
 - 无工作单位的人员，必须由当地乡级以上政府或街道办事处负责人签字盖章。
 - 有工作单位的人员，必须由当地乡级以上政府或街道办事处负责人签字盖章，以及单位人事部门负责人签字并盖人事专用章。
- ④低保患者需提供签发一年以上的低保证复印件（发证单位盖章）、上一年度最低生活保障金领取记录复印件（领取单位盖章），及安维汀慈善援助项目低保证明原件。

(共3页 第1页)



■ 安维汀治疗可能产生的不良反应

胃肠道穿孔、癌、出血、高血压、血栓栓塞、充血性心力衰竭、影响伤口愈合、蛋白尿等。

详见产品说明书。

■ 终止条件

如有以下情况之一者援助自动停止

- ① 使用安维汀已经疾病进展二次。
- ② 因妊娠、严重毒副反应、发生新生肿瘤或其他原因，需要停止安维汀治疗的患者。
- ③ 患者或法律监护人/亲属要求停止继续使用安维汀治疗。
- ④ 不能按照项目要求到项目医务志愿者处接受定期随访的患者。
- ⑤ 不能按照项目规定时间提供医学资料的患者。
- ⑥ 患者提供任何不实、虚假的医学或经济证明。
- ⑦ 拒绝接受项目核查的患者。
- ⑧ 患者将援助药品出售或转赠其他人。
- ⑨ 患者死亡。
- ⑩ 因不可抗力或因特殊原因必须停止援助项目。

■ 项目办公室特别声明

- ① 本项目为慈善项目，患者均需自愿参加。患者已充分理解安维汀单药治疗或化疗联合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。中华慈善总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，将彻底失去受助资格。
- 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。如因患者及家属自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担责任。
- ④ 项目办公室在收到申请资料10个工作日内回复患者或家属，如果超过10个工作日未接到回复，请患者或家属务必及时致电热线查询。
- ⑤ 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。
- ⑥ 本项目只对能够严格按照项目规定程序申请和领取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药品的患者，将自行承担因此而产生的后果。
- ⑦ 患者必须本人到项目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项目医务志愿者正常工作的情况，将取消援助资格。
- ⑧ 项目医务志愿者评估暂停使用安维汀的患者或因自身原因不能按时领药的患者，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。
- ⑨ 本项目为慈善项目，本会工作人员或项目医务志愿者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。
- ⑩ 中华慈善总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；如获悉不良事件，有关药品不良事件的相关信息将交由药品捐赠方按照相关法规规定报告给相关机构。
- ⑪ 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，中华慈善总会不承担任何责任和义务。

(共3页 第2页)

- ⑫ 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：400-082-8880。
- ⑬ 未按照上述项目规定执行的患者，将失去援助资格。
- ⑭ 对申请和援助中出现的任何问题，患者应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。
- ⑮ 中华慈善总会安维汀慈善援助项目办公室对项目拥有最终解释权。

(共3页 第3页)

作为一位患者（或监护人），我已阅读上述内容，知晓项目申请条件，并了解安维汀治疗可能发生的不良反应，愿意承担所有责任和义务。我愿意加入“安维汀慈善援助项目”，同意并将严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请。

患者签字：_____

日期：_____

对于未满18周岁的未成年患者或无行为能力的患者，需由法定监护人签署该知情同意书。

患者监护人签字：_____

与患者关系：_____

日期：_____

患者知情同意书

我自愿按程序申请中华慈善总会安维汀慈善援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会安维汀慈善援助项目患者告知书》的所有信息，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，严格遵守安维汀慈善援助项目的各项规定，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。我在此郑重申明，如因本人或本人亲属任何言行对安维汀慈善援助项目、中华慈善总会以及相关方造成损失，我将承担相应责任。

患者姓名（正楷）：_____

患者签字：_____

签字日期：_____

对于未满18周岁的未成年患者或无行为能力的患者，需由法定监护人签署该患者声明。

患者监护人签字：_____

与患者关系：_____

日期：_____

中华慈善总会保留



中华慈善总会安维汀慈善援助项目

患者告知书

秉承中华慈善总会的一贯宗旨：发扬人道主义精神，弘扬中华民族扶贫济困的传统美德。中华慈善总会在上海罗氏制药有限公司的大力支持下，开展了“安维汀慈善援助项目”，旨在减少广大低收入转移性结直肠癌患者的经济负担，造福于民，回报于民，帮助广大低收入人群获得更大的支持，满足并鼓励患者与疾病抗争的物质与精神的需求。

项目援助对象

- ①本人知道自己患转移性结直肠癌，经项目医务志愿者评估确认为符合安维汀适应症的低保患者（享有低保待遇至少一年）。
- ②本人知道自己患转移性结直肠癌，经项目医务志愿者评估确认为符合安维汀适应症的经济贫困的非低保患者。连续使用安维汀治疗至少4个月，总治疗剂量不低于2.5mg/kg/w，疾病无进展或仅进展一次，经临床评估能够继续从安维汀治疗中获益，但因经济原因无法继续承担药品费用。

*因援助数量有限，满足上述条件并不等于一定能得到援助。

项目申请条件

医学条件（患者必须符合以下所有医学条件）

- ①患者本人必须知情，经病理诊断为转移性结直肠癌。
- ②在接受安维汀治疗前必须有可评价病灶。
- ③患者连续使用安维汀治疗至少4个月，总治疗剂量不低于2.5mg/kg/w，如治疗有中断，必须在最长不超过10个月时间内完成上述相当于4个月剂量的治疗，疾病无进展或仅进展一次，经临床评估能够继续从安维汀治疗中获益。

*符合项目所规定低保条件的患者请忽略此项。

其他条件

- ①本项目援助对象为持中华人民共和国居民身份证/军人证的大陆患者。
- ②患者需在开始使用安维汀的同时填写项目预约信息表、患者告知书、患者知情同意书和经济评估，以EMS或挂号信方式邮寄至“北京100034-10信箱”进行项目预约，最迟不超过1个月。不进行项目预约，不予受理项目申请。（符合项目所规定低保条件的患者可直接申请）
- ③本人根据自身工作状态，由单位人事部门及户籍所在地街道/乡镇人民政府出具符合以下要求的经济评估表。
 - 无工作单位的人员，必须由当地乡级以上政府或街道办事处负责人签字盖章。
 - 有工作单位的人员，必须由当地乡级以上政府或街道办事处负责人签字盖章，以及单位人事部门负责人签字并盖人事专用章。
- ④低保患者需提供签发一年以上的低保证复印件（发证单位盖章）、上一年度最低生活保障金领取记录复印件（领取单位盖章），及安维汀慈善援助项目低保证明原件。

(共3页 第1页)



安维汀治疗可能产生的不良反应

胃肠道穿孔、癌、出血、高血压、血栓栓塞、充血性心力衰竭、影响伤口愈合、蛋白尿等。

详见产品说明书。

终止条件

如有以下情况之一者援助自动停止

- ① 使用安维汀已经疾病进展二次。
- ② 因妊娠、严重毒副反应、发生新生肿瘤或其他原因，需要停止安维汀治疗的患者。
- ③ 患者或法律监护人/亲属要求停止继续使用安维汀治疗。
- ④ 不能按照项目要求到项目医务志愿者处接受定期随访的患者。
- ⑤ 不能按照项目规定时间提供医学资料的患者。
- ⑥ 患者提供任何不实、虚假的医学或经济证明。
- ⑦ 拒绝接受项目核查的患者。
- ⑧ 患者将援助药品出售或转赠其他人。
- ⑨ 患者死亡。
- ⑩ 因不可抗力或因特殊原因必须停止援助项目。

项目办公室特别声明

- ① 本项目为慈善项目，患者均需自愿参加。患者已充分理解安维汀单药治疗或化疗联合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。中华慈善总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，将彻底失去受助资格。
- 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。如因患者及家属自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担责任。
- ④ 项目办公室在收到申请资料10个工作日内回复患者或家属，如果超过10个工作日未接到回复，请患者或家属务必及时致电热线查询。
- ⑤ 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。
- ⑥ 本项目只对能够严格按照项目规定程序申请和领取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药品的患者，将自行承担因此而产生的后果。
- ⑦ 患者必须本人到项目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项目医务志愿者正常工作的情况，将取消受助资格。
- ⑧ 项目医务志愿者评估暂停使用安维汀的患者或因自身原因不能按时领药的患者，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。
- ⑨ 本项目为慈善项目，本会工作人员或项目医务志愿者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受助资格。
- ⑩ 中华慈善总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；如获悉不良事件，有关药品不良事件的相关信息将交由药品捐赠方按照相关法规规定报告给相关机构。
- ⑪ 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，中华慈善总会不承担任何责任和义务。

(共3页 第2页)

- ⑫ 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：400-082-8880。
- ⑬ 未按照上述项目规定执行的患者，将失去援助资格。
- ⑭ 对申请和援助中出现的任何问题，患者应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。
- ⑮ 中华慈善总会安维汀慈善援助项目办公室对项目拥有最终解释权。

(共3页 第3页)

作为一位患者（或监护人），我已阅读上述内容，知晓项目申请条件，并了解安维汀治疗可能发生的不良反应，愿意承担所有责任和义务。我愿意加入“安维汀慈善援助项目”，同意并将严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请。

患者签字：_____

日期：_____

对于未满18周岁的未成年患者或无行为能力的患者，需由法定监护人签署该知情同意书。

患者监护人签字：_____

与患者关系：_____

日期：_____

患者知情同意书

我自愿按程序申请中华慈善总会安维汀慈善援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会安维汀慈善援助项目患者告知书》的所有信息，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，严格遵守安维汀慈善援助项目的各项规定，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。我在此郑重申明，如因本人或本人亲属任何言行对安维汀慈善援助项目、中华慈善总会以及相关方造成损失，我将承担相应责任。

患者姓名（正楷）：_____

患者签字：_____

签字日期：_____

对于未满18周岁的未成年患者或无行为能力的患者，需由法定监护人签署该患者声明。

患者监护人签字：_____

与患者关系：_____

日期：_____

患者保留

