

携手共绘生命彩虹



中华慈善总会

全可利慈善援助项目

——患者申请表——

患者姓名：_____

填表日期：_____



中华慈善总会全可利慈善援助项目患者告知书

亲爱的患者：

中华慈善总会全可利慈善援助项目是中华慈善总会接受爱可泰隆公司捐赠药品全可利而设立的慈善项目，为保证申请人顺利得到援助，特作如下通告：

援助对象：

- 1、经项目注册医生评估符合全可利适应症、可以接受全可利治疗的享受低保的肺动脉高压患者。
- 2、经过至少8周全可利规范治疗后，并经项目注册医生评估，获得明确疗效且没有发生不可控制的严重不良反应的中低收入肺动脉高压患者。

因为援助数量有限，满足上述条件并不等于一定能得到赠药。

项目要求：

- 请到项目注册医生处进行医学检查以确认符合项目医学标准，由注册医生亲自填写医学确认表并签名盖章。
- 项目申请表格从中华慈善总会全可利慈善援助项目网站（网址：www.tpapchina.org）上下载打印，或从项目注册医生处领取，按要求如实填写。
- 须提交患者门诊病历原件、加盖医院公章的住院病历复印件。
- 须提供相关经济状况证明。低保患者提供由发证机关盖章的低保证首页及有效页复印件，并提供领取低保金凭证的复印件。
- 已服用全可利但经济上无法承受的患者须提供发票原件及购药处方签，发票必须是在本项目认可的医院或药店购买全可利的原始发票。
- 您的所有申请资料请一同寄到北京市100032信箱96分箱全可利项目办公室，邮编：100032。
- 若患者通过审核，将获得一组号码，作为您今后领取赠药和进行医学随访的凭证之一，请务必牢记。
- 获得赠药的患者，每两个月必须亲自到注册医生处进行医学随访，未能按时随访的患者，一律视为自动放弃赠药。
- 医学随访表须由患者及时寄回项目办公室。审核合格的患者继续赠药；审核不合格的停止赠药并及时通知本人。
- 获得赠药的患者，必须凭注册医生开具的专用处方亲自到指定领药点领药，不能代领。第二次及以后领药时须寄还上次的空包装盒、铝塑板及领药回执单，否则一律视为自动放弃赠药。
- 无故不领药连续超过两个月者，一律视为自动放弃。不按时领药者，延误期间的用药不予补发。
- 对于已经获得赠药的患者，如发现申请材料有任何不实，或有干扰项目注册医生和发药点正常工作的言行，立即取消其赠药资格，并不再具备申请资格。对造成严重后果者，中华慈善总会保留追究其责任的权利。
- 本项目按周期实施，项目每个实施周期结束后患者须重新申请项目援助。
- 本项目为慈善项目，本会工作人员或参与医院和医生不得对您收取任何费用。如发现上述行为，请您立即投诉。如您或您家属有向上述人员行贿的行为，您也将失去获得赠药的机会。
- 我办有权随时对您的医学和经济情况进行抽查，如遭到拒绝或发现造假行为，我办将立即取消赠药，后果由您自负。
- 凡全可利进入当地基本医疗保险药品目录，并且获赠患者可以享受当地医保或公费医疗，即意味着您已不符合本项目目前的援助条件，将停止提供赠药，届时我办将及时与您取得联系。
- 患者获得了任何形式的含有全可利药物的援助，包括其参加了治疗药物含有全可利的肺动脉高压特异性药物的免费临床试验，本项目不予以援助。
- 因任何原因退出赠药项目时，中华慈善总会要求您将未使用过的全可利药品全部退回项目办公室。
- 由于信息核查和统计的需要，您的资料将对中华慈善总会和捐赠方开放，但不提供给其它第三方，因审计和政府要求的信息披露除外。

我办特别重申：

- 1、关于本项目的所有事宜均按我办发出的正式信息为准，我办不为误听其它渠道信息产生的后果承担责任。有任何问题敬请致电中华慈善总会全可利慈善援助项目热线（400 650 0771）咨询，也可登录中华慈善网站（www.chinacharity.cn）或中华慈善总会全可利慈善援助项目网（www.tpapchina.org）查询。
- 2、受助患者在服药过程中如果出现不良反应，请立即到注册医生处就诊并严格按照医生的医嘱决定用药与否。
- 3、本项目为慈善项目，患者均需自愿参加，中华慈善总会对患者的病情和治疗不承担责任和义务。



中华慈善总会全可利慈善援助项目患者申请表

姓名		性别		身份证号:		照片
民族		出生日期		姓名汉语拼音:		
本人电话		本人手机				
联系人姓名		联系人手机				
家庭地址					邮政编码	
户口所在地					邮政编码	
工作单位		职务		单位电话		
单位地址			联系人姓名 (手机)			
低保证号码		发证单位		发证时间		
本人年总收入					(公章)	
证明人姓名						
证明人签字						
以下内容由中华慈善总会全可利项目办公室填写, 患者请勿填写						
审核结果:						

患者声明

我在此申明, 我已完全知晓《中华慈善总会全可利慈善援助项目患者告知书》的所有信息, 自愿按项目要求申请赠药, 我保证所有申请材料均真实准确, 并愿意接受调查核实。我特别郑重承诺, 如果获得项目援助, 我将严格遵守项目的所有规定, 按照要求进行医学随访并亲自领取赠药。我愿意承担违反项目规定所导致的包括赠药立即终止等全部后果。

患者姓名(正楷):

患者签字:

签字日期:



申请须知

一、表格由全可利慈善援助项目的申请人即患者本人填写。本表为全可利慈善援助项目确定受助人的依据之一，病人应逐栏用钢笔或圆珠笔正楷认真填写，字迹清楚，不得涂改，不得空缺。凡填写不符合要求的，中华慈善总会不予以受理。

二、表格内容填报要求如下：

- 1、本表格个人通讯和信息栏目要填写准确，以便调查核实。
- 2、本表所需照片应为患者近期一寸证件照。
- 3、联系电话需按照表格要求填写，必须提供至少两个电话号码。联系人为患者的一位直系亲属，其姓名、手机不得空缺，以保证与申请人联系的畅通。
- 4、不是特困户者，低保证编号、发证单位和发证时间请填写“无”。
- 5、无业、单位倒闭、自由职业或务农者，工作单位和电话请填写“无”。
- 6、有工作者证明人为单位人员，加盖单位公章。无业、单位倒闭、自由职业或务农者，证明人为当地乡镇政府、街道办事处或民政部门有关人员，加盖相应公章。
- 7、直系亲属为患者的配偶、父母和子女，所有直系亲属必须提交《中华慈善总会全可利慈善援助项目患者直系亲属经济情况表》。

三、须提交的所有申请资料包括：

- 1、患者申请表：
 - 即填写完整准确的《中华慈善总会全可利慈善援助项目患者申请表》（请在网上下载打印或从注册医生处领取），特别提示：申请表必须按要求签字盖章，《患者声明》必须由本人签名。
- 2、身份证明材料：
 - 患者本人身份证复印件（2份）；
 - 户口簿复印件（1份，户口簿上所有家庭成员均需复印）。
- 3、经济证明材料：
 - 《中华慈善总会全可利慈善援助项目患者直系亲属经济情况表》；
 - 患者及直系亲属的工资单、收入证明、财产证明等；
 - 申请直接免费赠药的低保患者提供加盖发证单位公章的低保证首页、有效页复印件及领取低保金凭证的复印件；
 - 已经服用全可利的患者，提供申请之日前60天内的全可利发票原件及购药处方签，发票必须有患者本人姓名、全可利药品名称及日期。所有材料请勿粘贴（未使用过全可利的低保患者无须提供）。
- 4、医学证明材料：
 - 《中华慈善总会全可利慈善援助项目申请人医学条件确认表》，须由项目注册医生本人签字盖章；
 - 患者与使用全可利诊断和治疗相关的门诊病历原件和加盖医院公章的住院病历复印件。
- 5、患者自述：
 - 由患者本人书写，包括本人受教育和工作简要情况，患病和诊治的基本过程，家庭经济困难状况等。请用A4规格纸张书写。特别提示：患者自述是重要的申请材料，请务必认真书写并及时提交。
- 6、其他材料：
 - 因患者具体情况不同须提交的上述要求之外的材料。

四、所有申请资料请通过邮局EMS方式投递到北京市100032信箱96分箱全可利项目办公室。

五、特别提示：在准备材料和填表过程中有任何问题，请咨询本项目援助热线：400 650 0771