



中华慈善总会 泰然新生泰瑞沙慈善项目 申请指南



中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目联系方式：

官方网站： www.tagrissoccf.org.cn

(申请所需表格请从该网站下载, 使用A4纸打印或复印)

项目热线： 010-83368396、83368397

(工作日 9:00-11:30,13:00-17:00)

传真电话： 010-83368388

电子邮箱： tagrissoccf@sina.com

邮寄地址： 北京市100034信箱25分箱 (仅接收中国邮政EMS)

收件人： 泰然新生项目

(此申请指南仅供参考, 最终援助情况请以项目办审核结果为准)



致患者朋友的一封信:

亲爱的患者朋友及家属,你们好!

肺癌是中国第一大肿瘤,已引起广泛的社会关注。近些年来分子靶向治疗已成为晚期非小细胞肺癌精准医学治疗的新趋势,给患者带来里程碑式的治疗改善。

泰瑞沙是阿斯利康公司研发生产的肺癌靶向治疗药品,2019年8月,阿斯利康公司泰瑞沙药品一线适应症获批,考虑到中国有一部分急迫临床需求但经济又无力负担药品治疗费用的患者,中华慈善总会设立了泰然新生泰瑞沙慈善项目。希望通过此医疗救助项目的运行,切实减轻患者及其家庭的经济负担,延长患者的生存周期,改善患者的生活质量。

在项目开展过程中,我们发现有部分申请项目的患者对项目情况及各项流程不是很熟悉,为了更好的全面的服务患者,现制作此患者指南,为您在申请及后续项目援助中提供指引。

本指南在结构上主要分为两个部分:第一部分,主要介绍项目申请的各项流程,包括项目申请流程、药品领取流程、随访流程等。第二部分,主要介绍项目申请表填写的注意事项。

中华慈善总会作为我国慈善事业的发起人,在患者慈善援助方面不断总结经验,在肺癌援助的道路上一如既往的坚守并前行,希望通过我们点点滴滴的努力,让泰然新生泰瑞沙慈善项目成为陪伴肺癌患者走过黑夜的一束光,突破疾病划下的期限,延续这珍贵又充满爱的生命路程。

中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目
2020年9月

患者线上申请流程

1.

请登录中华慈善总会患者援助申请平台 (<https://yrssq.ccfpap.org/index/>) 进行注册,填写相关信息。

2.

在登录界面输入注册时使用的手机号和密码,进行登录。

3.

登录成功后,选择项目和疾病种类,进行提交,仔细阅读《患者告知书》,点击【确认申请】进行提交。

4.

如实填写相关信息。

5.

仔细检查填写信息,确认提交经济信息(提交后相关信息不可更改)。医学信息患者可选择线上确认或线下确认,线上确认经由项目医务志愿者确认后完成医学材料的提交。

6.

经济材料和医学材料填写符合要求后,患者需下载经济表格进行打印盖章,并将经济表格、原始服药发票、相关医学材料邮寄到项目办。



退回患者的原始申请材料。



患者接收由泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室发送的通知,并按照项目要求,准备领取援助药品。



泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室工作人员电话通知患者补充所缺材料,患者尽快将所补材料寄回项目办公室等待审批。

7.



非低保患者线下申请流程

1. 患者在项目医务志愿者处进行相关检查以确认是否符合泰瑞沙一线适应症。

2. 符合项目医学标准的患者可在泰然新生泰瑞沙慈善项目网站www.tagrissoccf.org.cn下载《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目非低保患者申请表》，其中《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目患者医学条件确认表》需由项目医务志愿者签字盖章确认。

3. 患者按照项目告知书及填表说明的要求，填好申请表并准备相关材料。如遇问题请查阅泰然新生泰瑞沙慈善项目网站相关内容或拨打患者热线:010-83368396/97咨询。

4. 将全部材料通过中国邮政EMS寄往中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室(北京市100034信箱25分箱)。

审批不合格

审批合格

材料不全

5. 退回患者的原始申请材料。

患者接收由泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室发送的通知，并按照通知要求，准备领取援助药品。

泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室工作人员电话通知患者补充所缺材料，患者尽快将所补材料寄回项目办公室等待审批。

6. 第一阶段第一周期领取一个月援助药品。

7. 第一阶段第一周期援助结束后，经项目医务志愿者评估，患者仍可从药品治疗中获益，再次全额自费连续服药3个月后，可在泰然新生泰瑞沙慈善项目网站www.tagrissoccf.org.cn下载《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目患者随访表》到项目医务志愿者处进行随访。

8. 按项目要求将第二周期申请材料通过中国邮政EMS寄往中华慈善总会泰然新生泰瑞沙项目办公室，如遇问题请查阅泰然新生泰瑞沙慈善项目网站相关内容或拨打患者热线:010-83368396/97咨询。

审批不合格

审批合格

材料不全

9. 退回患者的原始申请材料。

患者接收由泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室发送的通知，并按照项目要求，准备领取援助药品。

泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室工作人员电话通知患者补充所缺材料，患者尽快将所补材料寄回项目办公室等待审批。

10. 第一阶段第二周期领取一个月援助药品

11. 第三/四周期申请流程如上
第二阶段申请流程如上



低保患者线下申请流程

1.

患者在项目医务志愿者处进行相关检查以确认是否符合泰瑞沙一线适应症。

2.

符合项目医学标准的患者可在泰然新生泰瑞沙慈善项目网站www.tagrissoccf.org.cn下载《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目低保患者申请表》，其中《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目低保患者医学条件确认表》需由项目医务志愿者签字盖章确认。

3.

患者按照项目告知书及填表说明的要求，填好申请表并准备相关材料。如遇问题请查阅泰然新生泰瑞沙慈善项目网站相关内容或拨打患者热线:010-83368396/97咨询。

4.

将全部材料通过中国邮政EMS寄往中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室(北京市100034信箱25分箱)。

审批不合格

审批合格

材料不全

5.

退回患者的原始申请材料。

患者接收由泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室发送的通知，并按照通知要求，准备领取援助药品。

泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室工作人员电话通知患者补充所缺材料，患者尽快将所补材料寄回项目办公室等待审批。

领取援助药品流程

1.

患者确认收到项目办公室发送的通知，并仔细阅读。

2.

患者本人凭项目办公室发送的通知到医务志愿者处开具项目专用处方签或电子处方签(项目处方有效期为10个自然日)。

3.

患者本人携带以下材料，前往发药点领取援助药品：
1) 患者本人身份证原件
2) 项目办公室发送的通知
3) 项目专用处方签原件
4) 药品容器

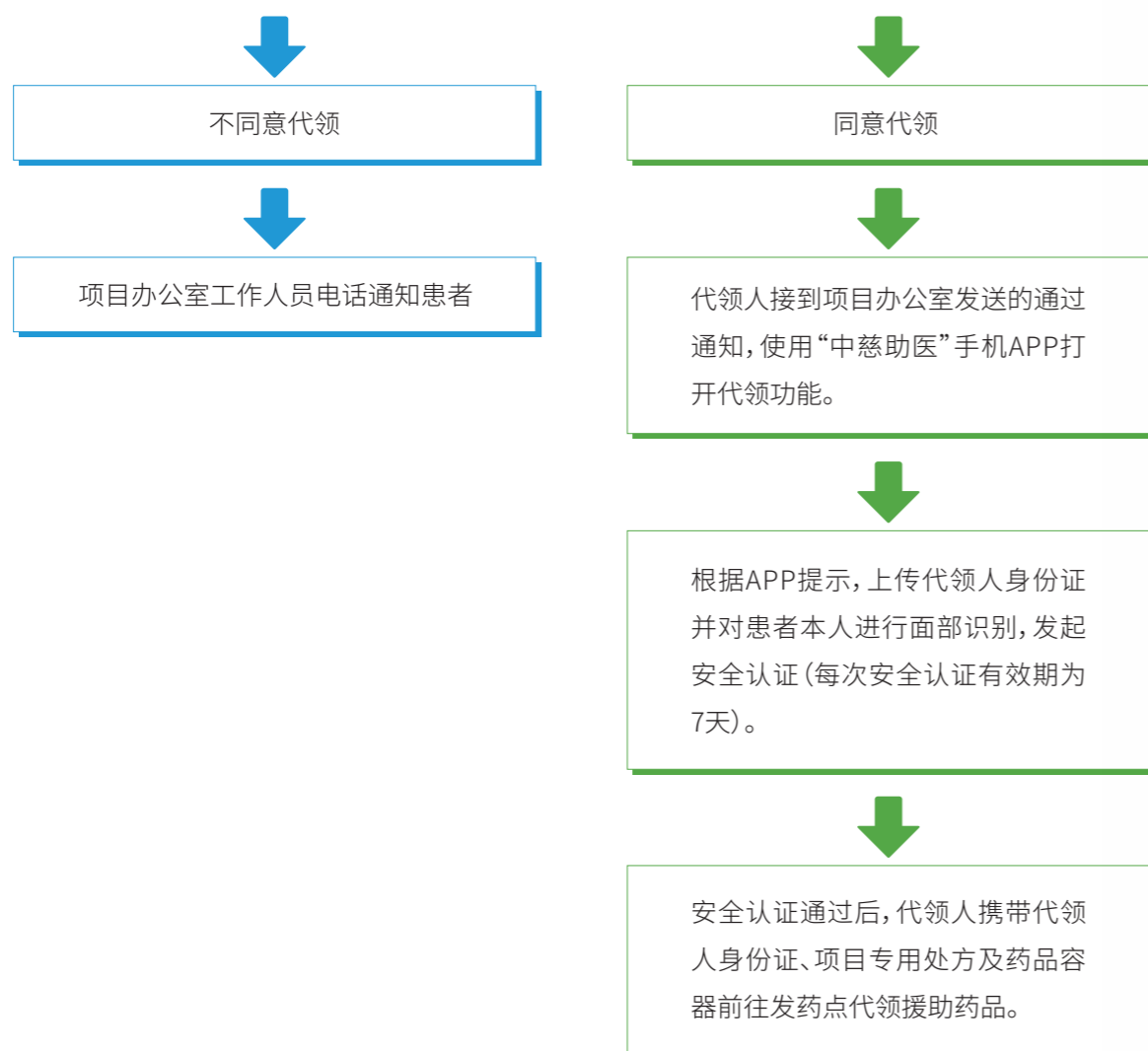
4.

低保患者每次领药时，保存好援助药品内外空包装，下次领药时归还至发药点。非低保患者第一阶段领取援助药品时，当场归还援助药品内外空包装，从第二阶段开始，下月归还。



患者代领申请及开通流程

准备申请代领药的患者,可在泰然新生泰瑞沙慈善项目网站www.tagrisso.org.cn自行下载《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目代领知情同意书》,填写完整后通过中国邮政EMS邮寄至项目办公室指定信箱(北京市100034信箱25分箱),由项目办公室审批决定是否同意患者的申请



患者线上随访流程





患者线下随访流程

1.

获得援助的低保患者前两个月随访周期为30个自然日，自第三个月开始，每60个自然日到医务志愿者处进行医学随访。

获得援助的非低保患者从第二阶段开始，每60个自然日到医务志愿者处进行医学随访。

2.

患者需在泰然新生泰瑞沙慈善项目网站：www.tagrissoccf.org.cn自行下载《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目患者随访表》，并将表格携带到医务志愿者处填写并签字盖章确认。

3.

由患者将随访表和此次随访时的CT或核磁共振报告单或骨扫描检查报告单通过中国邮政EMS邮寄至项目办公室指定信箱（北京市100034信箱25分箱）。

4.

项目办公室对随访表和报告单进行审核，并将审核结果录入发药系统以便发药点查询。

未通过审核

通过审核

材料不全

5.

项目办公室直接通知发药点以及患者。发药点停止为该患者发放援助药品。

患者通过热线查询后，可携带项目办公室发送的通知、身份证明原件、项目专用处方原件前往发药点领取援助药品。

项目办公室工作人员电话通知患者补充所缺材料，患者尽快将所补材料寄回项目办公室等待审批。



中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目

非低保患者告知书

(2020年9月版)

亲爱的患者：

中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目（以下简称“项目”）是中华慈善总会接受英国阿斯利康沙药品而设立的慈善项目，由中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室（以下简称“项目办”）项目相关事宜作如下通告：

以下内容请患者在准备申请材料时逐条仔细阅读，确认无误后，请在非低保患者知情同意书上签字。

援助对象：患者知晓自己患有原发性 IIIB、IIIC 或者 IV 期非小细胞肺癌，经医学评估确认为适应症，且 EGFR 19del/L858R 检测结果为阳性，经济上无法支付服用泰瑞沙费用的中国大陆患者。
援助方案：泰然新生泰瑞沙慈善项目援助方案以官网通知为准。中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目对援助方案拥有最终解释权。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：

- 患者必须经病理学或细胞学证实的符合泰瑞沙一线适应症的原发性 IIIB、IIIC 或者 IV 期的非小细胞肺癌。
- EGFR 19del/L858R 检测结果必须为阳性。
- 准备申请本项目的患者，服用泰瑞沙期间不得再进行其他抗肿瘤的化疗，且没有其他与泰瑞沙治疗相抵触的临床状况。
- 患者体力状态 ECOG 评分 0-4 分。
- 有足够的临床证据证实患者能够从泰瑞沙治疗中获益且无严重不良反应。（获益是指肿瘤病灶按照 RECIST 评价标准没有进展；无严重不良反应是指未发生因泰瑞沙治疗引起的不可逆转或者不可耐受的伤害）。

患者经济条件：

- 经相关机构证实的长期服药的中低收入患者。

项目申请规定：

- 满足上述医学和经济条件的患者，自愿申请本项目，并确保提交的全部资料真实准确。
- 在服药疗程期满前不超过 30 天，患者亲自到项目医务志愿者处进行医学检查及评估，确认符合医学条件，并且按照项目要求经过泰瑞沙持续治疗，由医务志愿者在《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目医学条件确认表》上签字盖章确认。（项目医务志愿者是具有执业医师资格，自愿义务加入慈善项目的医生。主要承担的慈善项目职责是为申请患者进行医学评估；为已经获得项目援助的入组患者开具项目专用处方；为复查随访的患者进行医学评估；同意接收病情稳定的已经获得项目援助的异地或外院入组患者。）
- 患者按照《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目非低保患者申请表》中的要求准备资料，邮寄到项目办进行审核，或通过网上申请平台（<https://yrssq.ccfpap.org/index/>）进行申请。审核次序根据项目办每次接收到患者资料的时间先后次序而定。
- 项目办每次收到患者资料后，审核时间为 10 个工作日。逾期未接到审核结果通知的患者，请主动来电查询审核结果。

项目申请所需资料：

见《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目非低保患者申请材料核对表》按照项目要求准备材料。

项目援助规定：

- 已经批准获得援助的入组患者，按项目办的短信通知或中慈助医（患者端）泰瑞沙 APP 消息通知的项目规定接受援助。（中慈助医（患者端）泰瑞沙 APP 可在项目官网首页扫描相对应的二维码下载）
- 第一阶段患者在自费 3 个月后，援助 30 个自然日（循环 4 次），期间需患者前往项目指定发药点领取援助药品（每次领取 30 片），当场回收药品内外包装。在第二阶段领取援助药品后，需要妥善保存药品内外包装，下次领药时归还发药点。因不能如数交回泰瑞沙援助药品使用后外包装及全部铝塑板的患者，其责任及一切后果由患者自行承担。（发药点是中华慈善总会委托的地方慈善机构协助发放援助药品的场地。）
- 每次领药前，需前往医务志愿者处进行医学评估，并开具项目专用处方签，处方签有效期为 10 个自然日。
- 自第一阶段第二次申请开始至第二阶段申请期间，每次申请时需前往医务志愿者处进行复查随访评估，并进行 CT 或 MRI 或骨扫描检查，由医务志愿者在《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目患者随访表》中签字盖章确认。患者需要将随访表和 CT 或 MRI 或骨扫描检查报告单一同邮寄至项目办进行审核，第二阶段开始每 60 个自然日邮寄，项目办将在收到资料后进行审核，审核时间为 3 个工作日。随访审核的最终结果，项目办将短信通知，在此期间，患者可主动来电查询审核结果。
- 开通代领资格的患者，需要在中慈助医（患者端）泰瑞沙 APP 里的代领药设置页面上上传代领人的身份信息，每次领药前在随访页面给患者进行安全认证（安全认证有效期为 7 个自然日），认证通过后代领人按照项目

请逐条阅读确保对告知书内容已全面了解，并在知情同意书上签字。



规定前往发药点领取援助药品。(未开通代领资格的需患者本人亲自前往发药点领取援助药品)。

- 中华慈善总会及相关审计部门有权随时对受助患者的医学及经济情况进行抽查复核, 请患者妥善保存您在申请及受助期间的病历资料, 包括但不限于影像学检查原始片子。

患者出组标准:

经批准进入项目的患者在出现以下任何一个情况时, 将自动出组:

- 患者去世。
- 患者按照 RECIST 标准出现肿瘤进展 (包括原有病灶增大或出现任何的新转移灶)。
- 患者无法提供随访要求的胸部CT或核磁共振或骨扫描检查结果报告和随访表或无法向医务志愿者提供原始片子。
- 患者在受助期间进行化疗。
- 项目医务志愿者认定患者出现疾病进展或严重不良反应。
- 患者提供不实的医学或经济证明资料。
- 患者经济条件变化而不再符合项目援助条件。
- 患者将援助药品出售或转赠 (借) 他人。
- 患者不能按要求每月领药且无特殊说明。
- 患者不能每两个月到项目医务志愿者处复查病情。
- 患者自愿退出慈善项目。
- 患者所在地区泰瑞沙纳入医保目录, 且享受全额报销的。
- 患者及家属干扰中华慈善总会、地方慈善会发药点及医务志愿者工作秩序, 情节严重的。
- 患者不能配合经济/医学抽查或抽查结果不合格的。
- 违反项目规定者, 停止项目援助 (包括但不限于如倒卖援助药品、不遵守领药规定、被
- 因不可预见因素 (如国家政策改变等) 导致患者退组, 需停止项目援助。
- 因不可抗力致使项目终止。

中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目联系方式:

- 项目热线: 010-83368396、010-83368397
- 工作时间: 周一至周五 9:00-11:30 13:00-17:00, 法定节假日除外
- 项目网站: www.tagrissoccc.org.cn (项目表格请从该网站下载, 使用 A4 纸张打印或复印)
- 邮寄地址: 北京市 100034 信箱 25 分箱 (请务必通过中国邮政 EMS 邮寄)
- 收件人: 泰然新生泰瑞沙慈善项目

特别声明:

- 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管理、执行和审计, 以及患者户籍地相关政府部门。
- 患者因任何原因退出项目时, 务必将未服用过的援助药品、未归还的药品外包装及铝塑板全部退回发药点, 凡倒卖、转赠 (借) 慈善药品的, 中华慈善总会有权追究患者的相应责任。
- 在申请、受助过程中, 患者本人及家属言行对中华慈善总会及合作方造成损失的, 患者及家属要承担相应的责任。
- 本项目为慈善项目, 患者自愿申请, 需患者本人或家属直接申请, 项目不接受任何其他人代表患者进行项目申请。
- 患者应遵从医嘱接受治疗, 以规范治疗为原则, 按项目规定定期随访, 患者在服药过程中出现的不可预知的不良事件 (如药物不良反应等), 请患者及时咨询医生, 并按照医生的医嘱决定用药与否。中华慈善总会对患者的身体状况、病情、用药及治疗不承担任何责任和义务。
- 项目相关规定均以中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室发布的正式信息为准, 中华慈善总会不为患者误听误信其它渠道信息产生的后果承担责任。如有任何问题请致电项目热线, 也可登录项目官网查询。
- 在申请、受助期间, 患者及家属应该保证联系方式畅通, 同时主动拨打项目热线电话咨询、登陆项目官方网站查询相关信息, 患者联系方式变更时, 应及时通知项目办。凡因患者自身原因导致的沟通不畅、提交资料不合格、准备资料时间过长等因素, 而造成患者服药中断、受助延误、病情进展等后果, 中华慈善总会不承担责任。
- 在援助过程中, 因无法抗拒原因导致的患者无法得到项目援助的, 中华慈善总会不承担责任。
- 对项目申请和受助过程中出现的任何问题, 患者及家属与中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室协商解决。协商不成, 可向中华慈善总会所在地法院提起诉讼, 由法院判决。
- 中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室对项目拥有最终解释权。

患者在援助期间出现上述任何情况, 项目办将取消其援助。



中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目
非低保患者申请材料核对表

(第一阶段第一次申请)

(2020年9月版)

患者第一阶段第一次申请所需资料, 请按要求准备。

符合第一阶段第一次申请援助条件的患者需邮寄材料

序号	类别	材料名称
1	身份证明	患者中华人民共和国二代居民身份证正反面复印件及户口本常住人口登记卡页复印件各 1 份
		患者近期 1 寸彩色免冠证件照 1 张 (不含已粘贴在申请表上的)
		患者配偶户口本常住人口登记卡页复印件 1 份
		患者父母户口本常住人口登记卡页复印件 1 份 (注: 18 周岁以上 22 周岁以下的患者提交)
2	经济证明	《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目非低保患者知情同意书》1 份
		《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目非低保患者申请表》1 份
		《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目患者及配偶经济情况登记表》1 份
		《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目患者父母经济情况登记表》1 份 (注: 18 周岁以上 22 周岁以下的患者提交此表)
3	医学证明	《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目患者医学条件确认表》1 份
		确诊为非小细胞肺癌的病理诊断报告单原件或加盖医院章的复印件等病历资料 (注: 病理诊断报告包含常规病理诊断报告、术中快速切片病理报告、液基细胞学病理报告、免疫组化病理报告等)
4	服用泰瑞沙证明	近期连续 3 个月购买泰瑞沙发票: ▲ 必须通过正规渠道购买泰瑞沙, 提供正规发票。 ▲ 原始发票中相关信息未显示的 (如无药品名称、购买数量、单价) 需要提供相应的购药明细清单原件。 ▲ 发票日期应为患者的实际购药日期, 若发票存在后补开的情况需要在补开发票备注一栏注明实际购药日期或提供补开发票证明。 ▲ 不符合项目规定的发票, 将被视为无效发票, 包括但不限于: 无单位名称发票; 无患者本人姓名发票; 非患者本人姓名发票; 无购药日期; 无药品名称、购买数量、单价等信息且不能提供购药明细清单原件的、已享受泰瑞沙医保报销的发票。

备注:

- 1、请患者按照项目要求逐栏准备申请材料, 准备完毕后请打“√”确认。
- 2、患者在填写申请表时请仔细阅读表格下方的填表说明。



中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目
非低保患者申请材料核对表
(第一阶段第二次申请至第二阶段)
(2020年9月版)

患者第一阶段第二次申请至第二阶段申请所需资料, 请按要求准备。

● 符合第一阶段第二次申请至第二阶段援助条件的患者需邮寄材料

序号	类别	材料名称
1	医学证明	《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目患者随访表》1份
		再次服用泰瑞沙期间的CT或者核磁共振或骨扫描检查报告单原件或 加盖医院章的复印件
2	服用泰瑞沙证明	近期连续3个月购买泰瑞沙发票: ▲发票具体要求与第一阶段第一次申请援助条件相同

备注:

- 1、请患者按照项目要求逐栏准备申请材料, 准备完毕后请打“√”确认。
- 2、患者在填写申请表时请仔细阅读表格下方的填表说明。



中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目
非低保患者知情同意书
(2020年9月版)

患者本人在此申明: 我知晓自身病情, 自愿按照程序申请中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目, 我已经完全知晓《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目非低保患者申请表》中的全部内容。

患者本人在此郑重承诺: 我体力状态能够做到亲自按时前往发药点领取援助药品, 亲自到医务志愿者处进行复查随访。在申请、受助期间, 均提供真实准确的资料, 愿意接受中华慈善总会的调查核实及审计抽查, 同意并将严格遵守项目的各项规定。我愿意承担未如实申报或违反项目任何规定所产生的包括申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。如患者本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会以及地方慈善机构发药点、医务志愿者等项目合作方造成损失的, 我将承担相应责任。

患者姓名(正楷):

患者签字:

患者签字日期: 年 月 日

由患者签字。

备注: 若患者无法签字, 由家属代签, 患者按手印



中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目 非低保患者申请表 (2020年9月版)

患者姓名: XXX	性别: X	患者近期1寸彩色免冠证件照
身份证号: XXXXXXXXXXXXXXXXX	联系电话: 138XXXXXXXX	
邮寄地址: XX省XX市XX区XXX(详细可接收快递地址)		
患者紧急联系人1: XXX	与患者关系: 夫妻	联系电话: 138XXXXXXXX
患者紧急联系人2: XXX	与患者关系: 父子	联系电话: 138XXXXXXXX
患者本人是否拥有高额资产:		
<input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <i>如实勾选</i>		
如果选“是”请详细注明所拥有高额资产的具体情况(含高档房产、高档汽车、金融资产、私营企业等):		
以下部分无需申请人填写		
中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室审批意见		
年 月 日		

填表说明:

- 1、此表建议用黑色签字笔逐栏正楷填写,不得空缺,不得涂改。
- 2、对于拥有以下任意一项高额资产的需要按如下要求申报。
 - A) 高档房产(请写明房屋地址、建筑面积、产权所有人)
 - B) 高档汽车(请写明品牌型号、购买时间、购买价格)
 - C) 金融资产(包括存款、股票、基金、债券等,请写明填报时金额)
 - D) 私营企业(请注明公司名称、成立时间、注册资本)



中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目 患者及配偶经济情况登记表 (2020年9月版)

患者姓名: XXX	年龄: XX	联系电话: 138XXXXXXXX	婚姻状况: 已婚
请您勾选工作情况: <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 个体 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 其他_____			
工作单位名称:		工作部门及职务:	
上年度总收入(包括税后工资、奖金及其他零散收入): _____元			
证明人职务:	证明人签字:	证明人联系电话:	
证明单位盖章:			
(公章)			
年 月 日			
配偶姓名: XXX			
年龄: XX			
联系电话: 138XXXXXXXX			
请您勾选工作情况: <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 个体 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 其他_____			
工作单位名称:		工作部门及职务:	
上年度总收入(包括税后工资、奖金及其他零散收入): _____元			
证明人职务:	证明人签字:	证明人联系电话:	
证明单位盖章:			
(公章)			
年 月 日			

填表说明:

- 1、此表建议用黑色签字笔逐栏正楷填写,不得空缺,不得涂改。
- 2、有固定工作者需目前所在单位盖章证明,学生需所在学校盖章证明。临时工作、退休、个体、务农、无业及其他工作者需到当地民政局或所在辖区乡镇政府、街道办事处、居委会/村委会盖章证明。
- 3、患者未婚、离异、丧偶无需填写配偶信息。
- 4、个体经营者需提供营业执照复印件。

如实填写

必须加盖公章

如实填写

必须加盖公章

仔细阅读,
按要求填写



中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目 患者父母经济情况登记表 (2020年9月版)

患者父亲姓名: xxx	年龄: xx	联系电话: 138 xxxxxxxx
请您勾选工作情况: <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 个体 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 其他_____		
工作单位名称:	工作部门及职务:	
上年度总收入(包括税后工资、奖金及其他零散收入): _____元		
证明人职务:	证明人签字:	证明人联系电话:
证明单位盖章: (公章)		
年 月 日		

如实填写

必须加盖公章

患者母亲姓名: xxx	年龄: xx	联系电话: 138 xxxxxxxx
请您勾选工作情况: <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 个体 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 其他_____		
工作单位名称:	工作部门及职务:	
上年度总收入(包括税后工资、奖金及其他零散收入): _____元		
证明人职务:	证明人签字:	证明人联系电话:
证明单位盖章: (公章)		
年 月 日		

如实填写

必须加盖公章

填表说明:

- 18周岁以上22周岁以下的患者父母填写此表, 建议用黑色签字笔逐栏正楷填写, 不得空缺, 不得涂改。
- 有固定工作者需目前所在单位盖章证明, 临时工作、退休、个体、务农、无业及其他工作者需到当地民政局或所在辖区乡镇政府、街道办事处、居委会/村委会盖章证明。
- 个体经营者需提供营业执照复印件。

仔细阅读,
按要求填写



中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目 低保患者告知书 (2020年9月版)

亲爱的患者:
中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目(以下简称“项目”)是中华慈善总会接受英国阿斯利瑞沙药品而设立的慈善项目, 由中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室(以下简称“项目办”)。现将项目相关事宜作如下通告:

以下内容请患者在准备申请材料时逐条仔细阅读, 确认无误后, 请在低保患者知情同意书上签字。
援助对象: 患者知晓自己患有原发性 IIIB、IIIC 或者 IV 期非小细胞肺癌, 经医学评估确认为适应症, 且 EGFR 19del/L858R 检测结果为阳性, 经济上无法支付服用泰瑞沙费用的中国大陆低助数量有限, 满足上述条件并不等于一定能得到援助。
援助方案: 泰然新生泰瑞沙慈善项目援助方案以官网通知为准。中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目对援助方案拥有最终解释权。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:**
- 患者必须经病理学或细胞学证实的符合泰瑞沙一线适应症的原发性 IIIB、IIIC 或者 IV 期的非小细胞肺癌。
 - EGFR 19del/L858R 检测结果必须为阳性。
 - 患者必须没有其他与泰瑞沙治疗相抵触的临床状况。
 - 患者体力状态 ECOG 评分 0-4 分。
 - 有足够的临床证据证实患者能够从泰瑞沙治疗中获益且无严重不良反应(获益是指肿瘤病灶按照 RECIST 评价标准没有进展; 无严重不良反应是指未发生因泰瑞沙治疗引起的不可逆转或者不可耐受的伤害)。
- 患者经济条件:**
- 经相关机构证实, 在确诊为非小细胞肺癌前就持有区县级以上颁发的低保证明, 且至今享受低保金领取待遇, 经济上无法支付服用泰瑞沙费用的中国大陆低保患者。

- 项目申请规定:**
- 满足上述医学和经济条件的患者, 自愿申请本项目, 并确保提交的全部资料真实准确。
 - 患者亲自到项目医务志愿者处进行医学检查及评估, 确认符合医学条件, 并由医务志愿者在《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目低保患者医学条件确认表》上签字盖章确认。(项目医务志愿者是具有执业医师资格, 自愿义务加入慈善项目的医生。主要承担的慈善项目职责是为申请患者进行医学评估; 为已经获得项目援助的入组患者开具项目专用处方; 为复查随访的患者进行医学评估; 同意接收病情稳定的已经获得项目援助的异地或外院入组患者。)
 - 患者按照《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目低保患者申请表》中填表说明的要求准备资料, 邮寄到项目办进行审核, 或通过网上申请平台 (<https://yrssq.ccfpap.org/index/>) 进行审核。审核次序根据项目办每次接收到患者资料的时间先后次序而定。
 - 项目办每次收到患者资料后, 审核时间为 10 个工作日。逾期未接到审核结果通知的患者, 请主动来电查询审核结果。

- 项目申请所需资料:**
- 见《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目低保患者申请材料核对表》按照项目要求准备材料。
- 项目援助规定:**
- 已经批准获得援助的入组患者, 按项目办的短信通知或中慈助医(患者端)泰瑞沙 APP 消息通知的项目规定接受援助。(中慈助医(患者端)泰瑞沙 APP 可在项目官网首页扫描相对应的二维码下载)
 - 每30个自然日, 前往医务志愿者处进行医学评估, 并开具项目专用处方签, 处方签有效期为 10 个自然日。并按时前往项目指定发药点领取援助药品(每次领取 30 片), 妥善保存药品内外空包装, 下次领药时归还发药点, 因不能如数交回泰瑞沙援助药品使用后外包装盒及全部铝塑板的患者, 其责任及一切后果由患者自行承担。(发药点是中华慈善总会委托的地方慈善机构协助发放援助药品的场地。)
 - 每 60 个自然日, 前往医务志愿者处进行复查随访评估, 并进行 CT 或 MRI 检查或骨扫描, 由医务志愿者在《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目患者随访表》中签字盖章确认。患者需要将随访表和 CT 或 MRI 或骨扫描检查报告单一同邮寄至项目办进行审核, 项目办将在收到资料后进行审核, 审核时间为 3 个工作日。随访审核的最终结果, 项目办将短信通知, 在此期间, 患者可主动来电查询审核结果。(低保患者入组后的前两次随访周期为 30 个自然日, 自第 61 个自然日起, 随访周期为 60 个自然日。)
 - 开通代领资格的患者, 需要在中慈助医(患者端)泰瑞沙 APP 里的代领药设置页面上上传代领人的身份信息, 每次领药前在随访页面给患者进行安全认证(安全认证有效期为 7 个自然日), 认证通过后代领人按照项

请逐条阅读确保对告知书内容已全面了解, 并在知情同意书上签字。



目规定前往发药点领取援助药品。(未开通代领资格的需患者本人亲自前往发药点领取援助药品。)

- 中华慈善总会及相关审计部门有权随时对受助患者的医学及经济情况进行抽查复核, 请患者妥善保存您在申请及受助期间的病历资料, 包括但不限于影像学检查原始片子。

患者出组标准:

经批准进入项目的患者在出现以下任何一个情况时, 将自动出组:

- 患者去世。
- 患者按照 RECIST 标准出现肿瘤进展 (包括原有病灶增大或出现任何的新转移灶)。
- 患者无法提供随访要求的胸部CT或核磁共振或骨扫描检查结果报告和随访表或无法向医务志愿者提供原始片子。
- 患者在受助期间进行化疗。
- 项目医务志愿者认定患者出现疾病进展或严重不良反应。
- 患者提供不实的医学或经济证明资料。
- 患者经济条件变化而不再符合项目援助条件。
- 患者将援助药品出售或转赠 (借) 他人。
- 患者不能按要求每月领药且无特殊说明。
- 患者不能每两个月到项目医务志愿者处复查病情。
- 患者自愿退出慈善项目。
- 患者所在地区泰瑞沙纳入医保目录, 且享受全额报销的。
- 患者及家属干扰中华慈善总会、地方慈善会发药点及医务志愿者工作秩序, 情节严重的。
- 患者不能配合经济/医学抽查或抽查结果不合格的。
- 违反项目规定者, 停止项目援助 (包括但不限于如倒卖援助药品、不遵守领药规定、被
- 因不可预见因素 (如国家政策改变等) 导致患者退组, 需停止项目援助。
- 因不可抗力致使项目终止。

中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目联系方式:

- 项目热线: 010-83368396、010-83368397
- 工作时间: 周一至周五 9:00-11:30 13:00-17:00, 法定节假日除外
- 项目网站: www.tagrissoccf.org.cn (项目表格请从该网站下载, 使用 A4 纸张打印或复印)
- 邮寄地址: 北京市 100034 信箱 25 分箱 (请务必通过中国邮政 EMS 邮寄)
- 收件人: 泰然新生慈善项目

特别声明:

- 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管理、执行和审计, 以及患者户籍地相关政府部门。
- 患者因任何原因退出项目时, 务必将未服用过的援助药品、未归还的药品外包装及铝塑板全部退回发药点, 凡倒卖、转赠 (借) 慈善援助药品的, 中华慈善总会有权追究患者的相应责任。
- 在申请、受助过程中, 患者本人及家属言行对中华慈善总会及合作方造成损失的, 患者及家属要承担相应的责任。
- 本项目为慈善项目, 患者自愿申请, 需患者本人或家属直接申请, 项目不接受任何其他人员代表患者进行项目申请。
- 患者应遵从医嘱接受治疗, 以规范治疗为原则, 按项目规定定期随访, 患者在服药过程中出现的不可预知的不良事件 (如药物不良反应等), 请患者及时咨询医生, 并按照医生的医嘱决定用药与否。中华慈善总会不对患者的身体状况、病情、用药及治疗不承担任何责任和义务。
- 项目相关规定均以中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室发布的正式信息为准, 中华慈善总会不为患者误听误信其它渠道信息产生的后果承担责任。如有任何问题请致电项目热线, 也可登录项目官网查询。
- 在申请、受助期间, 患者及家属应该保证联系方式畅通, 同时主动拨打项目热线电话咨询、登陆项目官方网站查询相关信息, 患者联系方式变更时, 应及时通知项目办。凡因患者自身原因导致的沟通不畅、提交资料不合格、准备资料时间过长等因素, 而造成患者服药中断、受助延误、病情进展等后果, 中华慈善总会不承担责任。
- 在援助过程中, 因无法抗拒原因导致的患者无法得到项目援助的, 中华慈善总会不承担责任。
- 对项目申请和受助过程中出现的任何问题, 患者及家属与中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室协商解决。协商不成, 可向中华慈善总会所在地法院提起诉讼, 由法院判决。
- 中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室对项目拥有最终解释权。

患者在援助期间出现上述任何情况, 项目办将取消其援助。



中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目
低保患者材料核对表
(2020年9月版)

患者申请援助所需资料, 请按要求准备。

序号	类别	材料名称
1	身份证明	患者中华人民共和国二代居民身份证正反面复印件及户口本常住人口登记卡页复印件各 1 份
		患者近期 1 寸彩色免冠证件照 1 张 (不含已粘贴在申请表上的)
2	经济证明	《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目低保患者知情同意书》1 份
		《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目低保患者申请表》1 份
3	低保证明	患者患病前的低保证复印件 1 份 患者领取低保金记录 1 份
4	医学证明	《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目低保患者医学条件确认表》1 份
		确诊为非小细胞肺癌的病理诊断报告单原件或加盖医院章的复印件等病历资料 (注: 病理诊断报告包含常规病理诊断报告、术中快速切片病理报告、液基细胞学病理报告、免疫组化病理报告等)

备注:

- 1、请患者按照项目要求逐栏准备申请材料, 准备完毕后请打“√”确认。
- 2、患者在填写申请表时请仔细阅读表格下方的填表说明。



中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目 低保患者知情同意书

(2020年9月版)

患者本人在此申明：我知晓自身病情，自愿按照程序申请中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目，我已经完全知晓《中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目低保患者申请表》中的全部内容。

患者本人在此郑重承诺：我体力状态能够做到亲自按时前往发药点领取援助药品，亲自到医务志愿者处进行复查随访。在申请、受助期间，均提供真实准确的资料，愿意接受中华慈善总会的调查核实及审计抽查，同意并将严格遵守项目的各项规定。我愿意承担未如实申报或违反项目任何规定所产生的包括申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。如患者本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会以及地方慈善机构发药点、医务志愿者等项目合作方造成损失的，我将承担相应责任。

患者姓名（正楷）：

患者签字：

患者签字日期：

备注：若患者无法签字，由家属代签，患者按手印

由患者签字。



中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目 低保患者申请表

(2020年9月版)

患者姓名：xxx	性别：x	患者近期1寸彩色 免冠证件照
身份证号：xxxxxxxxxxxxxxxx	联系电话：138xxxxxxxx	
邮寄地址：xx省xx市xx区xxx(详细可接收快递地址)		
患者紧急联系人1：xxx	与患者关系：夫妻	联系电话：138xxxxxxxx
患者紧急联系人2：xxx	与患者关系：父子	联系电话：138xxxxxxxx
<p>患者本人是否享受低保：</p> <p><input type="checkbox"/> 否 如实填写</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p>开始享受低保时间： 年 月 日</p> <p>低保审批单位盖章： 务必盖章</p> <p style="text-align: right;">(公章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		
以下部分无需申请人填写		
中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目办公室审批意见		
年 月 日		

填表说明：

- 1、此表建议用黑色签字笔逐栏正楷填写，不得空缺，不得涂改。
- 2、开始享受低保时间请参考低保证上的发证时间。