



中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目 非低保患者告知书

(2017年7月版)

亲爱的患者：

中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目是中华慈善总会接受英国阿斯利康公司捐赠的泰瑞沙药品而设立的慈善项目，由中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目办公室进行独立审核及管理（以下简称“项目办”）。现将项目相关事宜作如下通告：

援助对象：患者知晓自己患复治的原发性肺癌，经医学评估确认为符合泰瑞沙适应症，经过第一/二代 EGFR TKI 靶向药物治疗后进展，泰瑞沙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泰瑞沙费用的中国大陆患者。

援助方案：全额自费连续服药满 4 个月，经项目审批后第一阶段最多可以获得 8 个月的援助药品，第一阶段援助结束。后患者再次全额自费连续服药满 3 个月，项目再次审批后，第二阶段可以获得药品援助直至病情进展。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：

- 患者必须是经病理学或细胞学证实的符合泰瑞沙适应症的原发性 IIIB 或者 IV 期的非小细胞肺癌。
- 患者在泰瑞沙治疗之前必须接受过第一/二代 EGFR TKI 靶向药物治疗并出现疾病进展。
- EGFR T790M 检测结果必须为阳性的。
- 准备申请泰瑞沙慈善援助项目的患者，服用泰瑞沙期间不得再进行化学治疗。
- 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：

经相关机构证实的长期服药的经济贫困患者。

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。
- 患者亲自到项目注册医生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，由注册医生在《中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目医学条件确认表》上签字盖章确认。（项目注册医生是具有执业医师资格，自愿义务加入慈善项目的医务志愿者。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《中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目非低保患者申请表》中申请须知的要求准备资料，邮寄到项目办进行审核，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。

项目援助规定：

- 已经批准获得援助的入组患者，务必仔细阅读并妥善保管《患者入组通知》，按照项目规定接受援助。
- 患者本人每 30 个自然日，亲自按时前往项目指定发药点领取援助药品（每次领取 30 片），不得由亲属及他人代领，药品内外包装需要当场回收。（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。）
- 患者本人每 30 个自然日，亲自前往注册医生处进行医学评估，并开具项目专用处方签，处方签有效期为 10 个自然日。
- 患者本人每 60 个自然日，亲自前往注册医生处进行复查随访评估，并进行 CT 或 MRI 检查，由注册医生在《中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目患者随访表》中签字盖章确认。患者需要将该表格和 CT 或 MRI 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。如您随访审核通过，我们将直接通知发药点；如果您随访审核未通过，我们将及时通知您。在此期间，患者可主动来电查询审核结果。
- 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:

已经批准入组的患者在出现以下任何一个情况时, 将自动退出项目:

- 患者去世。
- 患者自动放弃援助资格。
- 经注册医生评估患者按照 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)。
- 经注册医生评估患者服用泰瑞沙出现严重不良反应。
- 患者在受助期间进行化学治疗。
- 患者不能按项目规定亲自按时领取援助药品。
- 患者不能按项目规定亲自按时到注册医生处开具处方、复查随访并进行 CT 或 MRI 检查。
- 患者受助期间, 经济条件变化而不再符合项目援助范围。
- 患者所在地区泰瑞沙享受全额报销。
- 患者将援助药品出售或转赠他人。
- 患者提供不实的医学、经济、身份证明等资料。
- 患者不能配合抽查或抽查结果不合格。
- 患者及家属严重干扰中华慈善总会、地方慈善会发药点、注册医生等项目相关人员正常工作秩序, 或为了得到项目援助, 向上述机构或人员行贿的。
- 因不可抗力致使项目终止。

中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目联系方式:

- 项目热线: 4008186006 (工作日 9:00-12:00, 13:00-18:00)
- 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: 泰瑞沙项目

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, 以及患者户籍或医保所在地相关政府部门。
- 患者因任何原因退出项目时, 请您及时将剩余的泰瑞沙慈善援助药片交回至发药点, 凡倒卖、转赠慈善援助药品的, 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。中华慈善总会对患者的身体状况、病情及治疗不承担任何责任和义务。
- 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。
- 项目相关规定均以中华慈善总会泰瑞沙慈善援助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。
- 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。
- 因不可抗力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瑞沙慈善援助项目办公室协商解决。协商不成, 向中华慈善总会所在地法院提起诉讼, 由法院判决。
- 中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目办公室对项目拥有最终解释权。





中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目 非低保患者知情同意书

(2017年7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瑞沙慈善援助项目，我已经完全知晓《中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目非低保患者告知书》及《中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目非低保患者申请表》中《申请须知》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，亲自到注册医生处进行复查随访。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、注册医生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：

签字日期：

患者保留



中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目 非低保患者知情同意书

(2017年7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瑞沙慈善援助项目，我已经完全知晓《中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目非低保患者告知书》及《中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目非低保患者申请表》中《申请须知》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，亲自到注册医生处进行复查随访。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、注册医生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：

签字日期：

申请须知 (2017年7月版)

1. 本表可由患者本人或者直系亲属填写，其中患者签字部分务必由患者本人填写，如患者无法写字，需要家属代签字后，由患者本人在自己签名处加盖手印。
2. 本表需要患者用钢笔或者圆珠笔逐栏正楷填写，不得涂改，不得空缺，没有填“无”。
3. 请患者认真阅读本表格每页下方的填表说明，按照要求准备相关材料，填写相关信息。

● 第一阶段援助需邮寄材料（所有材料请勿粘贴，并全部使用 A4 纸张打印或者复印）

1. 身份证明：

- 患者本人身份证及户口本复印件各 1 份。
- 患者直系亲属（包括患者的父母、配偶、全部子女）的户口本复印件各 1 份。
- 患者近期 1 寸免冠彩照 1 张（不含已经粘贴在表格上的）。

2. 经济证明：

- 《中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目患者申请表》1 份。
- 《患者基本信息登记表》和《患者直系亲属经济情况登记表》中所需加盖公章的，请到工作单位、当地民政局或者所在辖区乡镇人民政府、街道办事处盖章。退休的需要写清单位名称；无业、务农的需到当地民政局或者所在辖区乡镇人民政府、街道办事处盖章；在校学生需要到学校加盖公章；出国学习工作或者定居的需要提供经济状况公证书，公证内容包括《患者直系亲属经济情况登记表》所涉及全部内容。
- 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）。

3. 医学证明：

- 经项目注册医生签字盖章确认的《中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目患者医学条件确认表》1 份。
- 门诊病历原件或住院病历复印件加盖医院公章，具体内容务必包括：
 - a) 病理诊断报告；
 - b) 泰瑞沙服用病历记录；
 - c) 服用泰瑞沙期间复查的影像学检查报告。

4. 自费服用泰瑞沙证明：

- 至少连续 4 个月服用泰瑞沙的发票原件，具体要求如下：
 - a) 必须通过正规渠道购买泰瑞沙，提供正规发票。
 - b) 必须提供规定数额的连续的泰瑞沙原始购药发票。
 - c) 发票日期应为患者的实际购药日期，后补开的发票无效。
 - d) 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。
 - e) 以下类型的发票不符合项目要求（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）。

● 第二阶段援助需邮寄材料（所有材料请勿粘贴，并全部使用 A4 纸张打印或者复印）

1、医学证明：

- 经项目注册医生签字盖章确认的《中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目患者随访表》1 份。
- 再次服用泰瑞沙期间的 CT 或者核磁共振检查报告单原件或复印件加盖医院公章。

2、自费服用泰瑞沙证明：

- 至少连续 3 个月服用泰瑞沙的发票原件，发票具体要求同上。



中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目 患者基本信息登记表

(2017年7月版)

姓名： _____ 身份证号： _____ 性别： _____	相片
曾经是否为中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目受助患者： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是； 选“是”请填写唯一号： _____ ● 如果选择“是”，但联系方式、邮寄地址及个人经济状况与申请易瑞沙慈善援助项目时有变化，请按要求填写以下内容；无变化，不必填写。 ● 如果选择“否”，请按要求填写以下内容。	
联系方式一： _____	联系方式二： _____
邮寄地址： _____	
工作单位名称(无单位注明目前状况)： _____	
工作部门及职务： _____	上年度总收入： _____
证明单位电话： _____	工作时间：自 _____ 年至 _____ 年
证明单位公章： _____	
患者本人是否拥有高额资产（含高档房产、高档汽车、金融资产、私营企业等）： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如果选“是”，请详细注明所拥有高额资产的具体情况：	
中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目办公室意见（此栏无需患者填写）	
_____ 年 _____ 月 _____ 日	



中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目 患者直系亲属经济情况登记表

(2017年7月版)

姓名:	性别:	年龄:	与患者关系:
移动电话:	固定电话:		
工作单位名称(无单位注明目前状况):			
工作部门及职务:	工作时间: 自 年至 年		
上年度总收入:	证明公章:		
工作单位电话:			
资产状况			
本人是否拥有高额资产(含高档房产、高档汽车、金融资产、私营企业等): <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 如果选“是”, 请详细注明所拥有高额资产的具体情况:			

填表说明:

- 1、曾为中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目的受助患者, 如直系亲属经济状况与申请易瑞沙慈善援助项目时无变化, 无需填写此表; 如有变化, 请重新申报。
- 2、患者的直系亲属包括父母、配偶、全部子女, 均需填写本页, 如不够填写, 本页可复印使用。
- 3、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)



中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目

患者医学条件确认表

(2017年7月版)

所在医院		填表医生	
患者姓名		年龄	
性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	吸烟状况	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
疾病诊断		首次诊断时间	
肿瘤病理类型		服药前肿瘤分期	
T790M 基因检测状态 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果“是” 继续填写右边信息)	标本来源: <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 组织 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	检测方法: <input type="checkbox"/> ARMS <input type="checkbox"/> ddPCR <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> 其他_____		
	检测结果: <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性		
既往 EGFR TKI 治疗 状态	EGFR 敏感突变类型: <input type="checkbox"/> 19del <input type="checkbox"/> 21L858R <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 未检测 治疗药品名称: <input type="checkbox"/> 吉非替尼 <input type="checkbox"/> 厄洛替尼 <input type="checkbox"/> 埃克替尼 <input type="checkbox"/> 阿法替尼 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	EGFR TKI 治疗时间: <input type="checkbox"/> 初始_____		
	<input type="checkbox"/> 末次_____		
泰瑞沙开始治疗时间		泰瑞沙治疗疗程 (月)	
泰瑞沙治疗前是否有可 评价的病灶	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	患者目前体力状态 (ECOG 评分)	
按照 RECIST 标准评估泰 瑞沙治疗效果	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD
出现无法耐受的副作用	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	是否应该继续 泰瑞沙治疗	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
填表时间		项目注册医生 签字盖章确认	

填表说明:

- 1、此表由医生填写，注册医生签字盖章确认，不得空缺，不得涂改，有效期 2 个月。
- 2、本表填好后，由患者连同其余申请资料一同邮寄到中华慈善总会泰瑞沙项目指定信箱地址：
北京市 100034 信箱 25 分箱。收件人：泰瑞沙项目。