

中 华 慈 善 总 会

格列卫患者援助项目首次申请表



慢性髓性白血病（CML）

患者姓名：_____

填表日期：_____

患者申请资料邮寄清单

- 1、《格列卫患者援助项目首次申请表》全套（1份）
- 2、患者本人有效期内的二代身份证正反面复印件（1份）
（注：未成年患者需要提供本人身份证（户口本）复印件，及患者父母身份证复印件）
- 3、患者家庭户口本复印件（1套）
（注：户口本首页、患者本人及所有直系亲属户口本页均需复印）
- 4、患者基本医疗保险手册（卡）复印件（1份）
- 5、疾病确诊病历（门诊手册、住院病案、诊断证明等）复印件（1份）
- 6、确诊检查报告单（分子生物学检查报告单、细胞遗传学检查报告单等）复印件（1份）
- 7、购买格列卫凭证：
格列卫药品不报销：购药发票原件及购药清单原件或处方签原件
格列卫药品报销：原始购药发票复印件加盖报销单位公章，购药清单复印件或处方签复印件，医疗保险结算单原件。

申请一期计划的病前低保患者还需提供如下资料：

- 1、低保证复印件，每页需由当地区/县级（含）以上民政局加盖公章并由经办人签字（1份）；
- 2、低保金领取记录复印件，每页需由当地区/县级（含）以上民政局加盖公章并由经办人签字（1份）；
- 3、首次确诊病历复印件，需加盖医院病历复印专用章（1份）。

特别说明：

- 1、《格列卫患者援助项目首次申请表》为格列卫患者援助项目确定受助人的重要依据之一，患者应逐栏用钢笔或签字笔正楷认真填写，字迹清楚，不得涂改；所有需申请人填写的项目必须填写完整，不得空缺（若没有填写“无”）。本表格个人通讯和信息栏目要填写准确，以便调查核实。凡填写不符合要求的，中华慈善总会格列卫项目办公室不予以受理。
- 2、因患者具体情况不同可能会补充其他证明材料，以项目办具体通知为准。



中华慈善总会格列卫患者援助项目 患者告知书

(请逐条仔细阅读后,在患者知情同意书上签字)

亲爱的患者:

中华慈善总会格列卫患者援助项目是中华慈善总会接受瑞士诺华公司捐赠格列卫药品而设立的慈善项目,为帮助申请人顺利得到援助,特作如下公告:

申请条件及援助模式:

1、申请条件

医学条件: 3周岁以上的患者,患者本人(18岁以下患者监护人)知晓患者患CML,经本项目注册医生(项目医务志愿者)医学评估符合格列卫在中国的药品适应症,并能从格列卫继续治疗中获益。

经济条件: 低保患者以及经济上无法持续承担格列卫药品费用的中国大陆患者。

2、援助模式: 对自愿申请加入项目且符合上述申请条件的患者提供援助

共助计划: 以每格列卫治疗年(12个月)为周期,患者提供前3个月格列卫药品凭证,经项目审批通过后援助后9个月格列卫药品。(注:每个月按照30天计算)

一期计划: 对符合病前低保的患者,经项目审批通过后进行全免援助。

- 患者申请材料由中华慈善总会格列卫患者援助项目办公室审核,不符合条件的患者不能得到项目援助。
- 中华慈善总会格列卫患者援助项目因援助药品数量有限,满足上述条件的患者并不等于一定得到援助。

项目要求:

- 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。
- 患者及家属须积极配合项目办公室审批,保证与项目办公室通讯联络通畅。主动拨打项目热线电话咨询、主动登陆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。
- 受助患者须每月亲自按时到指定发药点领取援助药品且只能领取1个月援助药品。受助患者须严格遵守中华慈善总会格列卫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、干扰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。
- 项目注册医生评估暂停使用格列卫的患者或因自身原因不能按时领药的患者,请患者或直系亲属及时与中华慈善总会格列卫患者援助项目办公室联系说明情况。超过2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。
- 患者及家属经济状况和低保情况如有变化,需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材料。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。
- 本项目按周期实施,项目每个实施周期结束后患者需重新申请项目援助。
- 本项目为慈善项目,本项目工作人员和注册医生不得对患者及家属收取任何费用。如发现上述行为,请立即举报。如患者及家属有向上述人员行贿的行为,患者将失去获得受助的机会。
- 无论因任何原因停止服用援助药品或退出援助项目时,中华慈善总会要求您将未使用过的格列卫药品及空包装全部退回项目办公室。
- 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。

退组机制：

1. 初始服用格列卫治疗 6 个月，仍未达到疾病稳定或缓解（判断为原发耐药）需停止项目援助。
2. 从开始服药起，连续两次医学评估均判断为疾病进展（PD）需停止项目援助。
3. 患者如果出现疾病进展（PD）必须每月到注册医生处进行医学评估，不按要求复查者将停止项目援助。
4. 服用格列卫治疗期间出现严重不良反应，经积极处理仍未缓解需停止项目援助。
5. 不能坚持由指定注册医生定期随访的患者将停止项目援助。
6. 进入新药临床试验或其他援助项目者需停止项目援助。
7. 违反项目规定者，将停止项目援助。如倒卖援助药品、不遵守领药规定、被举报虚假申请等。
8. 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。

特别声明：

- 格列卫患者援助项目为慈善项目，患者自愿参加，需患者本人直接申请，项目办公室不接受任何其他人员代表患者进行项目申请。
- 患者需充分理解并愿意承担格列卫治疗可能产生的所有不良反应。服药过程中可能会出现不可预知的不良事件，必要时诺华公司会联系治疗医生或者患者本人进行不良事件的随访。
- 患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，定期随访，及时接受治疗。中华慈善总会会对患者的病情和治疗，以及援助药品所可能产生的任何不良反应不承担任何责任和义务。
- 在援助药品配送或发放过程中，因无法抗拒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。
- 申请项目均按项目办公室发出的正式信息为准，项目办不为患者误听其它渠道信息产生的后果承担责任。如有任何问题敬请致电中华慈善总会格列卫患者援助项目热线 400-606-1022 咨询，也可登陆中华慈善总会格列卫患者援助项目网站查询，以准确、详实的了解项目申请程序及相关要求。
- 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。
- 中华慈善总会对患者信息将严格保密，患者的信息仅用于项目的管理、执行和审计，以及患者户籍或医保所在地相关政府部门。
- 对申请和受助中出现任何问题，患者与中华慈善总会格列卫患者援助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。
- 中华慈善总会格列卫患者援助项目办公室对项目拥有最终解释权。

中华慈善总会格列卫患者援助项目办公室联系方式：

热线电话：400-606-1022

工作时间：周一至周五（9:00 - 12:00；13:00-17:00）法定节假日除外

传 真：010-83368309

邮政信箱：北京100034-20信箱（本邮箱只接收邮政快递EMS）

中华慈善总会格列卫患者援助项目办公室

2017年1月



中华慈善总会格列卫患者援助项目 申请人医学条件确认表——（CML）

患者姓名		性别		年龄	
身份证号		电话			
以下内容在服药两个月后由注册医生填写					
医院名称		注册医生姓名			
疾病诊断	☐ CML慢性期 ☐ CML加速期 ☐ CML急变期				
染色体/分子生物学检查结果	首次申请患者 Ph ☐ 阳性 Bcr/Abl ☐ 阳性				
	再次申请患者 Ph ☐ 阳性 ☐ 阴性 Bcr/Abl ☐ 阳性 ☐ 阴性				
首次确诊时间	_____ 年 _____ 月				
格列卫治疗情况摘要					
开始服药剂量	☐ 400mg/天 ☐ 600mg/天 ☐ 800mg/天 ☐ 其他 _____ mg/天				
格列卫治疗效果	☐ CHR	☐ CCR (Ph+0%)		☐ PCR(Ph+1-35%)	
	☐ Minor CR (Ph+36-65%)	☐ Minimal CR(Ph+66%-95%)		☐ PD	
是否建议继续服用格列卫	☐ 是 ☐ 否				
下阶段推荐剂量	☐ 400mg/天 ☐ 600mg/天 ☐ 800mg/天 ☐ 其他 _____ mg/天				
备注					
注册医生签字		填表日期			

备注：

1. 此表须由注册医生（项目医务志愿者）亲自填写，不得空缺。
2. 如此表格有涂改，须注册医生在修改处签字。
3. 首次申请患者，此表有效期自填表日期起3个月。再次申请患者，此表有效期自填表日期起6个月。
4. 如获知不良事件或其他需要报告的情况，请确保在获知的24小时内报告至诺华药品安全及流行病学部门（传真：010-65050243；邮箱：drugsafety.china@novartis.com）。



中华慈善总会格列卫患者援助项目 申请人经济状况调查表

患者姓名		性 别			患者照片 (近期蓝色/白色背景 证件照) 需由街道办事处(乡 镇政府) 加盖压缝章
姓名汉语拼音		身份证号			
患者联系电话		手 机			
紧急联系人姓名		与患者关系		联系电话	
患者本人 上一年度总收入		家庭人口		患者家庭 上一年度总收入	
家庭住址					
邮寄地址					
医保类型	☐ 城镇职工医疗 ☐ 城镇居民医疗 ☐ 公费医疗 ☐ 农村合作医疗 ☐ 军队系统医疗 ☐ 商业保险 ☐ 其他类型 _____				
格列卫是否报销	☐ 是 ☐ 否			报销比例	_____ %
家庭是否享受低保	☐ 是 ☐ 否	开始享受 低保时间	_____ 年 ____ 月 ____ 日		低保审批 单位
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) ☐ 否 ☐ 是, 具体情况为:					
请当地街道办事处(乡镇政府)调查、核实患者经济困难无能力支付药费, 并盖章: (公章) 经办人签字: _____ 单位联系电话: _____ 年 月 日					
以下部分无需申请人负责办理					
中华慈善总会格列卫患者援助项目办公室审批意见					

患者受教育及工作履历

起止时间	学校名称/单位名称	学历/职务

患者申请理由陈述

患者签字：_____

签字日期：_____



中华慈善总会格列卫患者援助项目 患者本人及配偶经济情况登记表

患者姓名:	年龄:	联系电话:
请您勾选工作情况: ☐ 固定工作 ☐ 临时工作 ☐ 个体经营 ☐ 务农 ☐ 其他 _____		
工作单位名称:	工作部门及职务:	
上一年度个人年总收入(年收入包括工资、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		

患者配偶姓名:	年龄:	联系电话:
请您勾选工作情况: ☐ 固定工作 ☐ 临时工作 ☐ 个体经营 ☐ 务农 ☐ 其他 _____		
工作单位名称:	工作部门及职务:	
上一年度个人年总收入(年收入包括工资、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		

备注:

- 1、此表不得空缺,不得涂改,如无配偶请填写“无”。
- 2、个体经营需提供营业执照复印件及近半年的完税证明。
- 3、有固定工作者需目前所在单位盖章证明,临时工作、个体经营、务农及其他工作者需由当地街道或乡镇政府盖章证明。



中华慈善总会格列卫患者援助项目 患者直系家属经济情况登记表-患者父母

患者父亲姓名:	年龄:	联系电话:
请您勾选工作情况: ☐ 固定工作 ☐ 临时工作 ☐ 个体经营 ☐ 务农 ☐ 其他 _____		
工作单位名称:	工作部门及职务:	
上一年度个人年总收入(年收入包括工资、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		

患者母亲姓名:	年龄:	联系电话:
请您勾选工作情况: ☐ 固定工作 ☐ 临时工作 ☐ 个体经营 ☐ 务农 ☐ 其他 _____		
工作单位名称:	工作部门及职务:	
上一年度个人年总收入(年收入包括工资、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		

备注:

- 1、此表不得空缺,不得涂改。
- 2、个体经营需提供营业执照复印件及近半年的完税证明。
- 3、有固定工作者需目前所在单位盖章证明,临时工作、个体经营、务农及其他工作者需由当地街道或乡镇政府盖章证明。

[illegible]

3、有固定工作者需目前所在单位盖章证明，临时工作、个体经营、务农及其他工作者需由当地街道或乡镇政府盖章证明。



患者子女姓名:	年龄:	联系电话:
请您勾选工作情况: ☐ 固定工作 ☐ 临时工作 ☐ 个体经营 ☐ 务农 ☐ 其他 _____		
工作单位名称:	工作部门及职务:	
上一年度个人年总收入(年收入包括工资、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		

3、有固定工作者需目前所在单位盖章证明，临时工作、个体经营、务农及其他工作者需由当地街道或乡镇政府盖章证明。



中华慈善总会格列卫患者援助项目 患者知情同意书

我自愿按程序申请中华慈善总会格列卫患者援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会格列卫患者援助项目患者告知书》的全部信息，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，严格遵守中华慈善总会格列卫患者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并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中华慈善总会格列卫患者援助项目、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

患者本人签字：_____ 签字日期：_____

患者直系亲属签字：_____ 与患者的关系：_____ 签字日期：_____

18周岁以下或无能力为自己做出医疗决定的患者，

（可由法律监护人<父母或法定人员>代签）

我声明，我谨代表患者 _____，我已完全知晓格列卫项目的相关规定。

法律监护人签字：_____ 签字日期：_____