CPHCF

生命绿洲
Life Oasis

KEY TO LIFE 生命之钥

肿瘤免疫治疗患者援助项目

中国初级卫生保健基金会

生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目

黑色素瘤患者申请手册

（低收入患者）

中国初级卫生保健基金会

生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目办公室

版本号：7.01

CATALOG

目录

1 项目介绍 ····· 01

2 项目流程 ····· 03

3 项目材料清单 ····· 05

4 申请表单 ····· 07

项目知情同意书 ····· 07

经济评估表 ····· 09

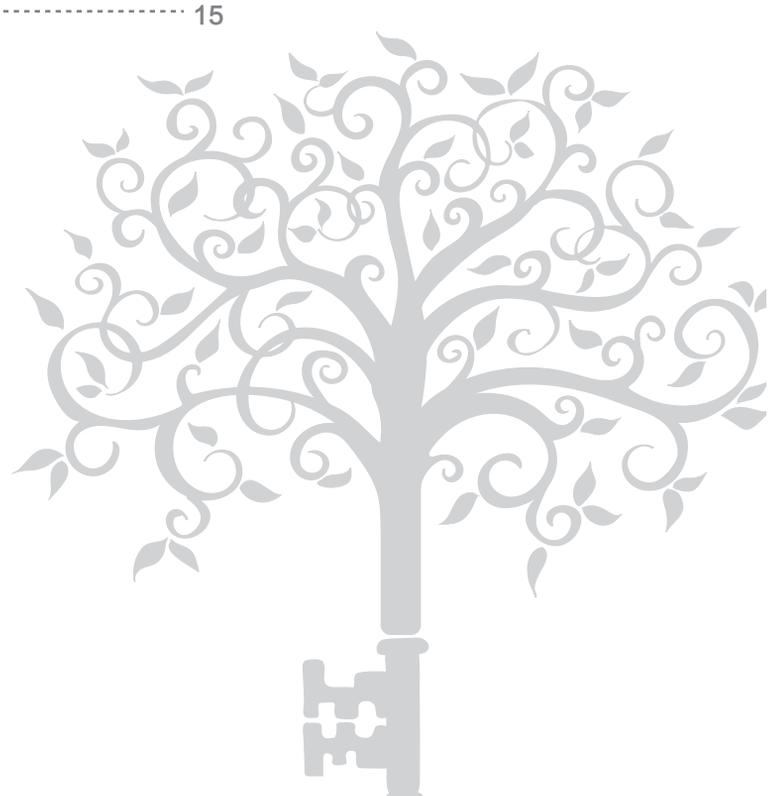
医学条件确认表 ····· 11

医学随访表 ····· 12

项目处方 ····· 13

患者转诊申请表 ····· 14

5 常见问题 ····· 15



项目介绍 01

项目目的

为了提高中国肿瘤患者对于肿瘤免疫治疗的可及性及规范性，减轻患者经济负担，延长患者生命。中国初级卫生保健基金会于 2018 年 9 月正式启动“生命之钥 - 肿瘤免疫治疗患者援助项目”，本项目由默沙东提供无偿捐赠。

项目启动时间

2018 年 9 月

项目截止时间

项目截止时间由基金会适时另行公布。

获批适应症

国家药品监督管理局批准的帕博利珠单抗的适应症：帕博利珠单抗适用于经一线治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗。

患者申请

医学条件：符合帕博利珠单抗注射液经国家药品监督管理局批准的适应症的患者；

1) 经病理学（组织学或细胞学）确诊的IV期黑色素瘤患者，或不能接受根治性治疗的III期黑色素瘤患者
2) 必须是接受过一线治疗的晚期黑色素瘤患者
3) 患者一般情况适合肿瘤免疫治疗

经济条件：患者因家庭经济原因无力承担帕博利珠单抗注射液治疗费用。

援助方案

低收入患者（确认符合灾难性医疗支出的患者）

凭处方，患者使用2个疗程的帕博利珠单抗注射液，经基金会审核通过后，可为其援助2个疗程。

凭处方，基金会为其援助2个疗程后，患者每使用2个疗程的帕博利珠单抗注射液，基金会可继续为其援助3个疗程。但患者累计使用帕博利珠单抗注射液用量最多不超过24个月。

注：1)本项目援助对象为持有中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆患者

2)帕博利珠单抗注射液使用剂量遵循说明书用法

3)具体援助剂量依据患者疾病进展情况及临床检查结果由项目医生进行判定；后续援助（使用2个疗程，援助3个疗程）中的第3疗程援助剂量，以自费两个疗程中最低用药剂量为准。

项目联系方式

援助热线：010-56592207
电子邮箱：smzypap@cphcf.org.cn
项目官网：http://smzy.ilvzhou.com
项目微信公众号：生命之钥患者援助项目
资料邮寄地址（只接收EMS 特快专递）：
湖北省武汉市邮政速递水果湖揽投部 生命之钥-肿瘤免疫治疗患者援助项目
工作时间：9:00-12:00,13:00-17:30（周一至周五，法定节假日除外）

终止条件

01)根据RECIST1.1标准判断的影像学疾病进展或由项目医生判断患者不适合继续帕博利珠单抗注射液治疗

02)患者出现不可耐受的毒副反应

03)患者或其法定监护人、直系亲属要求停止继续使用帕博利珠单抗注射液治疗

04)患者未能坚持到项目医院接受项目医生的定期随访

05)患者拒绝根据项目方案与规程接受医学条件审查

06)患者未能按期提供医学资料证明其肿瘤没有进展

07)患者入组援助项目后停止用药12周后自动出组

08)患者死亡

09)患者提供不实、虚假的医学或经济证明

10)患者将援助药品出售或转赠他人

11)由于不可抗力等造成项目被迫终止

12)已过本项目申请截止时间，或者未到申请截止时间但援助药品已经使用完毕

项目监查

基金会项目办公室对获取援助的患者定期进行抽查，核对个人信息和相关资料，如发现不符将立即停止援助。

法律声明

1）本项目是一项慈善项目，不影响医生的诊治及处方行为，医生根据患者疾病情况和治疗规范对患者进行治疗。

2） 对于患者提供的个人信息及医学资料（"个人信息和资料"），我们将严格保密，不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理、执行和审计。患者信息和资料将由基金会或项目委托执行方自项目结束后保存三年，期满以后予以销毁。除卫生监管部门或其他国家监管机关审查监督外，不会披露给其他第三方。

3）本项目为慈善项目，患者自愿申请。因使用帕博利珠单抗注射液而产生的所有不良反应，中国初级卫生保健基金会不承担责任和义务。

4）本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提供药品援助。因个人原因不能按项目规定申请和领取援助药品的患者将自行承担因此而产生的后果。

5）患者及家属须积极配合，保持与项目办公室通讯畅通，主动拨打项目热线查询相关信息。因患者自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担责任。

6) 患者或其家属影响各项目医院正常工作，情节严重者，项目办将取消其援助资格。

7) 本项目的任何信息均以项目办正式发布的信息为准，项目办不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。

8）“生命之钥–肿瘤免疫治疗患者援助项目”的一切解释权归中国初级卫生保健基金会所有。

生命之钥–肿瘤免疫治疗患者援助项目办公室

低收入患者首次申请流程

低收入患者需在“生命之钥患者援助项目”微信平台进行“预约登记”，填写正确个人信息之后，在微信平台提交预审核材料

在微信平台上提交预审核资料

审核5个工作日

经济材料

1.照片（患者本人一寸免冠照片）
2.经济评估表
3.直系亲属表
4.项目知情同意书
5.患者本人身份证正反面复印件
6.直系亲属身份证正反面复印件

医学材料

1.病理报告单复印件
2.用药前影像学报告单复印件
3.医学条件确认表
（**并加盖项目医生章和项目医生签字**）
4.2个疗程的帕博利珠单抗注射液 中国大陆正规购药发票

线上预审核

经济材料和医学材料可一起在线提交，也可以分开提交。审核进度可以在微信平台上查询，同时审核结果会以短信形式告知

纸质材料终审

首次申请电子审核通过后，可预约领取第一次援助药品；纸质材料最迟不能晚于第二次领药前审核通过，否则会影响当次预约用药

纸质材料邮寄至项目办终审通过，审核进度可以在微信平台上查询，同时审核结果会以短信形式告知

预约领药

提前2个工作日预约领药

1. 微信平台上传项目处方，提交预约领药信息
2.微信平台上传上一次援助药品注射凭证（首次领药不需提供）

分2次领取2个疗程药品

预约领药审核通过后，药房配送药品

纸质材料提交给药品配送人员：
1.项目处方（并加盖项目医生章和项目医生签字）
2.患者本人身份证（**原件**以及复印件）
3.上一次援助药品注射凭证（**原件**，首次领取援助药品无需提供）
注：每次领取都需提供

注：项目办收到患者材料后5个工作日内审核完毕，审核进度可以在微信平台上查询，同时审核结果会以短信形式告知。

低收入患者后续申请流程

凭处方，患者再使用2个疗程帕博利珠单抗注射液，可提交相应的申请材料，可以进行后续援助药品申请

在线提交随访材料 **审核5个工作日**

1.上一次影像学报告单复印件（申请前60天内的报告单）
2.医学随访表（并加盖项目医生章和项目医生签字）
3.2个疗程的帕博利珠单抗注射液 中国大陆正规购药发票

线上预审核

审核进度可以在微信平台上查询，同时审核结果会以短信形式告知

纸质材料审核 **后续申请电子审核通过后，可预约领取第一次援助药品；纸质材料最迟不能晚于第二次领药前审核通过，否则会影响当次预约用药**

纸质材料邮寄至项目办终审通过。审核进度可以在微信平台上查询，审核结果会以短信形式告知

预约领药 **提前2个工作日预约领药**

1.微信平台上传项目处方，提交预约领药信息
2.微信平台上传上一次援助药品注射凭证

分3次领取3个疗程药品 **预约领药审核通过后，药房配送药品**

纸质材料提交给药品配送人员：
1.项目处方（并加盖项目医生章和项目医生签字）
2.患者本人身份证（**原件**以及复印件）
3.上一次援助药品注射凭证（**原件**）
注：每次领取都需提供

*患者可领取3个疗程援助药品，每次领取前都需“预约领药”，预约成功后，收到项目办通知，方可领取援助药品。

注：项目办收到患者材料后5个工作日内审核完毕，审核进度可以在微信平台上查询，同时审核结果会以短信形式告知。

项目材料清单 03

低收入患者经济申请资料核对表（注：仅供首次援助申请使用，附表可撕下邮寄）

序号	经济申请材料名称	需要在微信平台上提交申请	预审核通过后需要邮寄纸质
1	照片 ——患者本人一寸免冠照片	✓	✓
2	项目知情同意书（附表一） ——患者本人签字	✓	✓
3	本人以及直系亲属身份证复印件 ——正反面	✓	
4	经济评估表（附表二） ——贴照片处盖街道、或居委会、或村委会、或政府部门、或工作单位骑缝章 “工作单位填写” a)有工作单位，在职，需现在单位人事部门填写并盖章 b)有工作单位，已退休，可在工作单位名称处写“退休”，并由当地政府部门或原单位或社保局证明 c)无工作或无固定工作单位，在工作单位名称处写“无”，并在政府部门栏由政府部门提供证明（包括证明人签字、盖章、联系方式） “政府部门填写”栏需经办人签字并盖章（如果无工作单位，则需要政府部门必须出具联系人信息并盖章）	✓	✓
5	直系亲属信息表（附表三） ——右下角需证明部门盖章，证明人签字及联系方式，填写个数需与经济评估表填写的家庭成员数一致 注：如果患者年龄超过50岁不需要提供父母的资料；18岁以下子女不强制提供证明资料；18岁以上子女需要提供:如果是在校学生，提供学生证，不提供直系亲属表；已婚子女，提供结婚证，不提供直系亲属表。	✓	✓

低收入患者用药后提交医学申请材料

序号	医学申请材料名称	需要在微信平台上提交申请	预审核通过后需要邮寄纸质
1	医学条件确认表（附表四） ——项目医生签字盖项目专用章	✓	✓
2	病理报告单复印件	✓	
3	用药前影像学报告单复印件	✓	
4	自费2个疗程 购药发票原件或盖报销单位红章的复印件 ——发票抬头必须为患者本人 ——若发票明细为西药费，须提供相应的购药明细	✓	✓

低收入患者领药材料

序号	领药材料名称	预约领药线上提交	领药时线下携带
1	项目处方—基金会联 ——需项目医生签字盖项目专用章	✓	✓
2	身份证原件及复印件 ——患者本人身份证原件及正反面复印件		✓
3	上一次援助药品注射凭证原件 ——患者上次注射援助药品证明原件（首次申请无需提供）	✓	✓

低收入患者后续阶段申请、预约领药及领药材料核对表（循环）

序号	后续申请材料名称	需要在微信平台上提交申请	预审核通过后邮寄纸质
1	医学随访表 ——项目医生签字盖项目专用章	✓	✓
2	影像学报告单复印件 ——申请时前60天内的影像学报告单	✓	
3	自费2个疗程 购药发票原件或盖报销单位红章的复印件 ——发票抬头必须为患者本人 ——若发票明细为西药费，须提供相应的购药明细	✓	✓
序号	领药材料名称	线上提交	领药时线下携带
1	项目处方—基金会联 ——需项目医生签字盖项目专用章	✓	✓
2	身份证原件及复印件 ——患者本人身份证原件及正反面复印件		✓
3	上一次注射凭证原件 ——患者上次注射援助药品证明原件	✓	✓

办理申请手续注意事项

1.材料备齐，表格填写完整才能保障审批顺利
2.电子平台预审核通过后，可直接预约第一次援助药品用药，但必须在本轮第二次预约用药前将纸质材料邮寄项目办审核，否则会影响第二次用药。
3.患者可在预约用药审核通过后，自行修改输注医院、项目药房及用药时间。
4.医学随访表需项目医生签字盖章，请按期随访，以免延误后续领药。
5.患者完成当次援助药品领取后，请按项目要求及时准备后续领药材料，以免延误后续领药。
6.注射凭证标准：
(1) 住院患者可提供以下任意对应凭证：出院记录、出院小结、住院诊断书、住院病历等。
(2) 门诊患者可提供以下任意对应凭证：输注注射单、临时医嘱单、门诊记录（小结）、门诊病历等。
以上注射凭证应包含：医院名称、患者姓名、药品名（商品或化学名）、注射剂量、注射时间、医院章（若无医院公章，需项目医生签字并敲项目专用章）。
7.因项目办的邮寄地址为中国邮政注册信箱，所以申请材料仅接受中国邮政EMS。
邮寄地址：湖北省武汉市邮政速递水果湖揽投部 生命之钥-肿瘤免疫治疗患者援助项目

中国初级卫生保健基金会　生命绿洲患者援助公益基金
生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目
患者知情同意书

尊敬的患者朋友：

您好！

您已经被专业机构医生确诊为符合肿瘤免疫治疗患者。在您决定是否参加本项目之前，请仔细阅读以下内容，它可以帮助您更准确地了解本项目，以及参加本项目后可能给您带来的益处及风险。如果您愿意，您也可以和您的亲属、朋友一起讨论，或者请您的医生给予解释，帮助您做出决定是否参加本项目。

项目获益

您和社会都有可能从本项目中受益。此种受益包括您将获得规范化治疗，得以提高治疗的可及性，减轻家庭和社会经济负担。

援助方案

低收入患者（确认符合灾难性医疗支出的患者）

凭处方，患者使用2个疗程的帕博利珠单抗注射液，经基金会审核通过后，可为其援助2个疗程。

凭处方，基金会为其援助2个疗程后，患者每使用2个疗程的帕博利珠单抗注射液，基金会可继续为其援助3个疗程。但患者累计使用帕博利珠单抗注射液用量最多不超过24个月。

注：1）本项目援助对象为持有中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆患者

2）帕博利珠单抗注射液使用剂量遵循说明书用法

3）具体援助支数依据患者疾病进展情况及临床检查结果由项目医生进行判定；后续援助（使用2个疗程，援助3个疗程）中第3疗程援助剂量，以自费两个疗程中最低用药剂量为准。

法律声明

1）本项目是一项慈善项目，不影响医生的诊治及处方行为，医生根据患者疾病情况和治疗规范对患者进行治疗。

2）对于患者提供的个人信息及医学资料（"个人信息和资料"），我们将严格保密，不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理、执行和审计。患者信息和资料将由基金会或项目委托执行方自项目结束后保存三年，期满以后予以销毁。除卫生监管部门或其他国家监管机关审查监督外，不会披露给其他第三方。

3）本项目为慈善项目，患者自愿申请。因使用帕博利珠单抗注射液而产生的不良反应，中国初级卫生保健基金会不承担责任和义务。

4）本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提供药品援助。因个人原因不能按项目规定申请和领取援助药品的患者将自行承担因此而产生的后果。

5）患者及家属须积极配合，保持与项目办公室通讯畅通，主动拨打项目热线查询相关信息。因患者自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担责任。

6）患者或其家属影响各项目医院正常工作，情节严重者，项目办将取消其援助资格。

7）本项目的任何信息均以项目办正式发布的信息为准，项目办不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。

8）“生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目”的一切解释权归中国初级卫生保健基金会所有。

终止条件

1) 根据RECIST1.1标准判断的影像学疾病进展或由项目医生判断患者不适合继续帕博利珠单抗注射液治疗
2) 患者出现不可耐受的毒副反应
3) 患者或其法定监护人、直系亲属要求停止继续使帕博利珠单抗注射液治疗
4) 患者未能坚持到项目医院接受项目医生的定期随访
5) 患者拒绝根据项目方案与规程接受医学条件审查的
6) 患者未能按期提供医学资料证明其肿瘤没有进展
7) 患者入组援助项目后停止用药 12 周后自动出组
8) 患者死亡
9) 患者提供不实、虚假的医学或经济证明
10) 患者将援助药品出售或转赠他人
11) 由于不可抗力等造成项目被迫中止
12) 已过本项目申请截止时间，或者未到申请截止时间但援助药品已经使用完毕

项目办公室特别声明

1) 本项目作为慈善项目，患者需自愿参加，中国初级卫生保健基金会对患者的病情和治疗、以及患者服用的药品可能产生的所有不良反应不承担责任和义务，也不承担因此而产生的相关经济费用和责任；

2) 关于项目的任何信息，均以“生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目”网站正式发布的信息为准，项目办不为误信其他渠道信息产生的后果承担责任。如有任何问题，请致电援助热线：010-56592207 咨询（9:00-12:00,13:00-17:30周一至周五，法定节假日除外）。

患者申请声明

我已经明确知晓并同意对于患者提供的个人信息及医学资料（"个人信息和资料"），基金会严格保密，不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理、执行和审计。患者信息和资料将由基金会或项目委托执行方自项目结束后保存三年，期满以后予以销毁。除卫生监管部门或其他国家监管机关审查监督外，不会披露给其他第三方。

我已经认真阅读了上述有关项目的全部内容，知晓此项目的申请条款及终止条款，愿意承担所有的责任和义务。我愿意加入本项目，同意并严格遵守本项目的相关规定，自愿按程序申请。

如接受援助后，违反项目任何规定，被查实有任何申报不实，隐瞒等情况，同意接受中国初级卫生保健基金会“生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目”办公室的处理决定，并承担可能出现的相应法律后果。

签名：_____ 日期：_____

经济评估表

<table>
<tr><td>申请人填写</td><td colspan="3">姓　名：_____ 年　龄：_____ 性　别：_____
身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□
现居住地址（详细）：_____省_____市_____
固定电话：_____ 手机：_____
第一联系人姓名：_____ 与您的关系：_____ 联系方式：_____
家庭成员_____人（包括申请人的父母/配偶/子女）
照片</td></tr>
<tr><td>工作单位填写</td><td colspan="3">以下请您如实填写工作情况：
（未参加工作请注明现在情况及原因，无固定单位的人员也需如实填写打工、务农等情况）由所在地政府部门（居委会/村委会、街道办事处、乡级以上政府、民政部门）盖章
工作单位名称：_____ 工作单位地址：_____
工作单位电话：_____ 工作单位部门及职务：_____
工作时间：自_____ 年至 _____ 年
兹证明同志在本单位的上年度全年总收入 _____ 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）
本年度平均月收入 _____ 元。特此证明。
证明人职务（该单位负责人）：　　证明人联系电话（必填）：
证明人签字：　　证明部门盖章
年/月/日：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">当地民政部门填写</td><td rowspan="2">当地政府部门</td><td>名称：</td><td>地址：</td></tr>
<tr><td>联系人：</td><td>联系电话（座机）：</td></tr>
<tr><td colspan="3">当地政府部门核准申请人以上情况属实。
（公章）备注：　　证明人签字：_____　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">患者申请说明：
（患者）本人在此声明，申请“生命之钥-肿瘤免疫治疗患者援助项目”提供材料真实合理有效并对申请材料的真实性负责，本人愿意承担违反规定后的一切后果。本人已充分理解并同意本人在本援助项目中提供的所有个人信息和资料的使用。
患者本人签字：_____
年/月/日：_____</td></tr>
</table>

1. 此援助项目为慈善项目，将受到国家有关部门审计，请如实填写，经调查有不实或隐瞒，将取消援助，情节严重者将负法律责任；
2. 工作情况包括：固定工作、临时工作、个体经营或务农等情况，请详细填写；
3. 本人工作收入情况：

1) 有工作单位，在职，需现在单位人事部门填写并盖章；
2) 有工作单位，已退休，可在工作单位名称处写“退休”，并由当地政府部门或原单位或社保局证明；
3) 无工作或无固定工作单位，在工作单位名称处写“无”，并在政府部门栏由政府部门提供证明（包括证明人签字、盖章、联系方式）。

4. 政府部门填写: 信息填写完整、证明人签字、盖章、联系方式（当地村委会、居委会及以上部门）注: 政府部门: 包括居委会、村委会、乡镇政府、街道办事处或以上部门工作单位：人事部章、财务章或公章；
5. 若工作单位中证明盖章的政府部门与后续盖章政府部门一致，可以只盖其中一处，不用重复盖章；
6. 如果工作单位一档已有工作单位证明盖章，则当地政府部门一栏不强制要求填写。

申请表单（附表三）04

直系亲属信息（1）

与申请人的关系：_____

姓　名 _____ 性　别 _____ 年　龄 _____

固定电话 _____ 手机 _____

以下请您如实填写目前工作情况（无工作请注明目前情况及原因）

工作单位：_____

工作职位：_____

工作时间：自 _____ 年至 _____ 年

上年度总收入 _____ 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）

本年月平均收入 _____ 元

证明人签字：_____　　证明部门盖章

证明人职务（该单位负责人）_____　　证明人联系电话（必填）_____

日　期：　　年　月　日

直系亲属信息（2）

与申请人的关系：_____

姓　名 _____ 性　别 _____ 年　龄 _____

固定电话 _____ 手机 _____

以下请您如实填写目前工作情况（无工作请注明目前情况及原因）

工作单位：_____

工作职位：_____

工作时间：自 _____ 年至 _____ 年

上年度总收入 _____ 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）

本年月平均收入 _____ 元

证明人签字：_____　　证明部门盖章

证明人职务（该单位负责人）_____　　证明人联系电话（必填）_____

日　期：　　年　月　日

1.此援助项目为慈善援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，经调查有不实或隐瞒，将取消援助，情节严重者将负法律责任;

2.直系亲属包括父母、配偶、子女;

3.信息填写完整，有工作单位由工作单位证明；无工作或无固定工作单位，也需如实填写打工，务农等情况由当地政府部门证明（证明人签字、盖 章、联系方式）；

4.患者未婚：提交患者本人及父母的收入证明；

5.患者已婚：提供夫妻双方及子女的收入证明（患者子女未满18周岁不强制提供收入证明；满18周岁在校学生，由当地政府或学校证明也可提供有效学生证复印件包括本人页和注册页；如子女已婚，提供结婚证明）；

6.若患者离婚，可提供标明离婚的户口页复印件或离婚证复印件或民政局出具的婚姻状况证明；

7.直系亲属已经退休，可由当地政府部门或原工作单位或社会保障局证明;

8.若患者50周岁以上，不需要提供父母的证明; 若患者子女小于18岁，不需要提供子女的证明;

9.此表格如填写不够，可自行复印。

中国初级卫生保健基金会　生命绿洲患者援助公益基金
生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目
医学条件确认表

<table>
<tr><td colspan="6">申请人填写</td></tr>
<tr><td>姓　　名</td><td></td><td>本人联系电话</td><td></td><td>家属联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>项目医院</td><td colspan="3"></td><td>项目医生</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">项目医生填写</td></tr>
<tr><td rowspan="3">病史与诊断</td><td>疾病诊断</td><td colspan="2">恶性黑色素瘤　□是 □否</td><td>疾病确诊时间</td><td></td></tr>
<tr><td>肿瘤分期</td><td colspan="4">III（□a　□b　□c ）　□ IV　□不确定</td></tr>
<tr><td>非IV期患者填写</td><td colspan="2">当前状态是否适合根治性治疗</td><td colspan="2">□是 □否，原因 _____</td></tr>
<tr><td rowspan="2">治疗情况</td><td colspan="5">一般情况是否适合免疫治疗？　□是　□否</td></tr>
<tr><td colspan="5">当前治疗属于二线或以上　　□是　□否</td></tr>
<tr><td colspan="6">使用帕博利珠单抗注射液治疗是否有不可耐受的毒副反应：□无　□有，如有，请描述：
（本栏如未勾选，本评估表无效）</td></tr>
<tr><td colspan="6">医生处方意见</td></tr>
<tr><td colspan="2">是否使用帕博利珠单抗注射液继续获益</td><td colspan="4">□　是　　□　否</td></tr>
<tr><td colspan="2">帕博利珠单抗注射液用药剂量</td><td colspan="4">_____mg/周期</td></tr>
<tr><td colspan="6">提示：治疗期间根据个体患者的安全性和耐受性，允许暂停给药，不建议增加或减少帕博利珠单抗注射液剂量。

项目医生签字：
项目医生盖章：
填 表 日 期：</td></tr>
<tr><td colspan="6">备注：1.严格遵守：治疗期间，每个治疗周期间隔时间不得超过12周
2.附上相应报告单（需项目医生签字并盖项目章），请申请人配合项目医生完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成此表格作废。</td></tr>
</table>

中国初级卫生保健基金会　生命绿洲患者援助公益基金
生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目
第　　次医学随访表

<table>
<tr><td colspan="6">申请人填写</td></tr>
<tr><td>姓　　名</td><td></td><td>本人联系电话</td><td></td><td>家属联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>项目医院</td><td colspan="3"></td><td>项目医生</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">项目医生填写</td></tr>
<tr><td rowspan="3">治疗情况</td><td colspan="5">一般情况是否适合免疫治疗？　□是　□否</td></tr>
<tr><td rowspan="2">疗效评估</td><td colspan="2">可评估病灶的影像学报告
（建议前后一致）</td><td>检查时间</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">□CR　□PR　□SD　□PD</td></tr>
<tr><td colspan="5">注：疗效评估报告检查时间需在患者用药之后申请项目之前，需项目医生签字并盖项目章</td></tr>
<tr><td colspan="6">使用帕博利珠单抗注射液治疗是否有不可耐受的毒副反应：□无　□有，如有，请描述：
（本栏如未勾选，本评估表无效）</td></tr>
<tr><td colspan="6">医生处方意见</td></tr>
<tr><td colspan="6">帕博利珠单抗注射液用药剂量　_____mg/周期</td></tr>
<tr><td colspan="6">提示：治疗期间根据个体患者的安全性和耐受性，允许暂停给药，不建议增加或减少帕博利珠单抗注射液剂量。
项目医生签字：
项目医生盖章：
填 表 日 期：</td></tr>
<tr><td colspan="6">备注：1.严格遵守：治疗期间，每个治疗周期间隔时间不得超过12周
2.附上相应报告单（需项目医生签字并盖项目章），请申请人配合项目医生完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填 、错填等）造成此表格作废。</td></tr>
</table>

中国初级卫生保健基金会　生命绿洲患者援助公益基金
生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目

专 用 处 方

姓　　名		年　　龄	
性　　别		项目医院	

基金会联

临床诊断：

RX：

帕博利珠单抗注射液_____mg/周期。

项目医生签字：

项目医生盖章：

处 方 时 间：

*本项目处方有效期1个月，逾期无效.
*需项目医生签字盖章

中国初级卫生保健基金会　生命绿洲患者援助公益基金
生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目
患者转诊申请表

<table>
<tr><td>患者姓名</td><td></td><td>性　别</td><td></td><td>年　龄</td><td></td></tr>
<tr><td>家庭住址</td><td colspan="2"></td><td>联系方式</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>患者申请</td><td colspan="5">请明确注明转出和转入的项目医院和药房　　签字：　　日期：</td></tr>
<tr><td>接诊医院</td><td colspan="3"></td><td>项目医生</td><td></td></tr>
<tr><td>接诊意见</td><td colspan="5">签字盖章：　　日期：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">项目办公室审批</td><td colspan="5">项目办公室意见：

经办人：　　日期：</td></tr>
<tr><td colspan="5">项目负责人签字：</td></tr>
</table>

转诊要求：

(1) 患者所在地设有项目医院才可提出转诊要求，所在地无项目医院或其他原因要求转诊者不在此范围内；

(2) 患者要在不影响治疗的原则下进行转诊，以保证患者的治疗、检查、用药的连续性；

(3) 需转诊患者必须在将要接诊的项目医生同意接受的情况下才能进行转诊；

(4) 患者应按照第二条转诊程序办理转诊申请，通过项目办审批同意并通知患者后，方能转入新项目医生及药房处随访、领药。审批结果将由项目办公室同时通知患者、接诊项目医生和药房。

转诊程序：

(1) 患者将已填好的《患者转诊申请表》寄或带到接诊的项目医生处，有接诊项目医生在接诊意见处填写接诊医生意见并签名盖章；

(2) 患者将填写好的患者本人、接诊项目医生意见的《患者转诊申请表》连同随访资料一同邮寄回项目办公室，由项目办公室审批备案；

(3) 项目办公室将新的药房联系方式和地址通知患者。患者在收到通知后按照要求到新的项目医生处就诊、用药，到新的药房领取援助药品。

常见问题 05

项目背景篇

1. 为什么发起“生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目”？

为了提高中国肿瘤患者对于肿瘤免疫治疗的可及性及规范性，减轻患者经济负担，延长患者生命。中国初级卫生保健基金会将于 2018 年 9 月正式启动“生命之钥 - 肿瘤免疫治疗患者援助项目”，本项目由默沙东提供无偿捐赠。

2. 中国初级卫生保健基金会是什么组织?

中国初级卫生保健基金会（以下简称初保基金会）是中国农工民主党中央发起创办，以资助和发展基层特别是农村贫困地区初级卫生保健事业为宗旨的，具有独立法人资格的非营利性社会团体。

3. 生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目办公室是做什么的?

为了确保本项目顺利运行，能及时把药物援助给低保/低收入患者，中国初级卫生保健基金会专门成立了项目办，全面负责“生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目”的实施和管理工作。

4. 援助项目申请及治疗是否收取费用?

我们是慈善援助项目，在患者申请及治疗过程中不会以任何形式收取患者及家属的任何费用。

5. 项目办公室的具体地点和工作人员姓名为何不对外公布?

为了保证项目办的工作秩序，杜绝腐败行为，本项目规定项目办工作人员不得与申请人直接接触，因此办公地点及姓名不公开。

6. 项目启动时间和截止时间是什么时候?

项目办会公示项目开始接受申请的时间；项目截止时间由基金会适时另行公布。

7. 港澳、台湾居民可否参加此项目?

不可以，本次援助对象必须是持有中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆患者。

申请流程篇

8. 患者递交申请材料后，项目办多长时间可以回复?

项目办承诺在收到患者材料的5个工作日内回复患者，特殊情况下项目办会发公告。

9. 申请援助应该从哪个地方了解？若是填写的表单丢失，怎么办?

了解的渠道有很多，可以通过患者手册、网站、微信公众号还有咨询项目热线等渠道来了解。如果填写的表单丢失，可以在网站或微信进行下载，填写完整后，邮寄到项目办。

10.项目申请中或申请成功后有疑问，可以通过什么途径了解?

周一至周五（国家法定节假日除外）9:00-12:00 或13:00-17:30，可拨打项目热线：010-56592207进行咨询。

11.患者邮寄材料到项目办，为何必须用中国邮政EMS?且邮寄地址是什么?

因为项目办的邮寄地址为中国邮政的注册信箱且具体地址不对外公开，因此通过中国邮政EMS邮寄最为安全快捷。注：不接收挂号信。

资料邮寄地址：湖北省武汉市邮政速递水果湖揽投部 生命之钥-肿瘤免疫治疗患者援助项目。

经济材料篇

12.患者知情同意书能否其他人代签?

原则上患者知情同意书必须由患者本人签字并写明日期；若患者确实不能自行签署，请由直系亲属代签，需代签人姓名及患者姓名，但未经审核的患者直系亲属不得代签或代领援助药品。

13.直系亲属全部都需要提供直系亲属评估表吗?

直系亲属包括父母、配偶、子女。若患者50周岁以上，不需要提供父母的证明；　若患者子女小于18岁，不需要提供子女的证明。

医学材料篇

14.检查报告单能用复印件吗？有什么要求？

原件&复印件均可，随访时需提供前一个月内的影像学报告单。同时请您自行复印存档，申请资料项目组不予退还。

15.患者提供的所有医学资料都要经过指定医生盖章吗？

医学材料中的医学条件确认表和医学随访表需由项目医生签字，加盖项目医生专用章。

16.非项目合作医院的检查报告单是否认可？

如果项目医生认可，并签字盖章，那么基金会是认可的。

17.之前就诊项目医生因事无法出诊，能够更换其他项目医生？如可以更换，需要提交哪些材料？

可以更换。但需提交项目转诊申请表，由接诊的项目医生写明患者的情况，并签字盖项目医生章。

18.医学条件确认表能否项目医生签字盖章只选其一？

不能。医学条件确认表的项目医生签字盖章必须齐全，且项目医生章需要抬头为”CPH-CF-SMZY”。

19.项目医生在医学条件确认表上面写错了怎么办？

需要项目医生在写错的地方签字及盖项目章。

领药篇

20.申请成功后怎么领药呢？

申请通过后，需在微信公众号上上传预约配药信息，等待项目办公室人员通知。

. 21 预约用药的流程以及纸质材料邮寄需要注意的事项？

患者首周期（自费2疗程，援助2疗程）电子审核通过后，可直接预约领取该周期第一次援助药品，但必须在第二次预约援助药品前将所需的纸质材料邮寄项目办审核，否则会影响预约用药；

患者后续周期（自费2疗程，援助3疗程，循环）电子审核通过后，可直接预约领取该周期第一次援助药品，但必须在第二次预约援助药品前将所需的纸质材料邮寄项目办审核，否则会影响预约用药。

21.领药都需要准备什么材料？

领药材料包括：患者本人身份原件及正反面复印件、专用处方（基金会联）原件。

22.患者每次可以领取几个疗程的援助药品？

患者每次只能可领取1个疗程的援助药品。

CPHCF

生命绿洲
Life Oasis

项目联系方式

项目援助热线：010-56592207
项目邮箱：smzypap@cphcf.org.cn
项目网站：http://smzy.ilvzhou.com
项目微信公众号：生命之钥患者援助项目
资料邮寄地址：（只接受EMS特快专递）
湖北省武汉市邮政速递水果湖揽投部 生命之钥-肿瘤免疫治疗患者援助项目
工作时间：9:00-12:00,13:00-17:30(周一至周五法定节假日除外)