



## 中华慈善总会瑞百安慈善援助项目

### 患者申请表

(线上申请用)

患者姓名：\_\_\_\_\_

申请日期：\_\_\_\_\_

( 2018 年 10 月 )



# 中华慈善总会瑞百安慈善援助项目 患者告知书

(2018 年 10 月)

## 亲爱的患者：

中华慈善总会瑞百安慈善援助项目是中华慈善总会接受美国安进公司捐赠的瑞百安药品而设立的慈善项目，由中华慈善总会瑞百安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：**患者知晓自己患纯合子型家族性高胆固醇血症，经医学评估确认为符合瑞百安适应症，经济上无力支付注射瑞百安费用的中国大陆成人或 12 周岁以上青少年患者。

## 患者医学条件：

- 患者具有在未给予降脂治疗的情况下血清总胆固醇水平 $\geq 16\text{mmol/L}$ （约相当于  $\text{LDL-C} \geq 11\text{mmol/L}$ ）的记录；或患者已接受稳定的降脂治疗至少 4 周，且具有治疗后  $\text{LDL-C} \geq 8\text{mmol/L}$  的相关记录。
- 患者本人或亲属有腱黄瘤。
- 患者获得至少 3 名不同医院注册医生的确诊。

以上 3 条须同时满足。

**患者经济条件：**经相关机构证实的中低收入患者。

**援助方案：**对符合项目条件的患者免费提供 24 个月的瑞百安药品援助（以患者入组开始计）。

## 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。
- 患者通过手机 APP 提交经济材料和医学材料，经济材料由瑞百安项目办通过线上进行审核；医学材料由注册医生通过线上进行医学审核。（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瑞百安专用处方笺；为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《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目患者申请表》（线上申请用）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而定。
- 项目办每次接收到患者提交的申请资料后，审核时间为 10 个工作日（以医学审核通过后开始计算）。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《患者入组通知书》，按照项目规定接受援助。
- 患者本人每 30 个自然日，须亲自按时前往项目指定发药点领取援助药品（每次领取 3 支，140mg/支），如有特殊情况，根据项目办规定的代领流程，向项目办提出由直系亲属（父母、配偶、子女）代领的申请，药品内外包装下次领取时回收，如未交回药品内外包装（无论数量多少），将停止发药一个月。
- 患者本人每 30 个自然日，须亲自前往注册医生处进行医学评估，并由注册医生开具瑞百安专用处方笺，处方笺有效期为 10 个自然日。
- 患者入组后，前 3 个月需每月随访一次，从第 4 个月开始，每 3 个月需进行随访一次，每次随访

均需提供上传近期的血脂检验报告单。随访在使用瑞百安 15 天后，在手机 APP 上发起。随访需提交县级以上医院的血脂检验报告单，报告单中检验内容至少包含总胆固醇，TG，LDL-C，HDL-C，ApoB 等数据，报告单化验时间应不早于领取并使用援助药品 10 天后。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，请患者妥善保存在申请及受助期间的病历资料，包括但不限于血脂检验报告单等。

**患者出组标准：**已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注射瑞百安出现严重不良反应。
- 患者无故连续三个月不领取药品。患者不能按项目规定亲自按时到注册医生处开具处方。
- 患者受助期间，经济条件变化而不再符合项目援助范围。
- 患者所在地区瑞百安享受医保全额报销。
- 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。

**中华慈善总会瑞百安慈善援助项目联系方式：**

- 项目热线：010-88361040（工作日 9:00-11:30,13:00-17:00）
- 微信公众号：中慈助医瑞百安
- 项目网站：[www.ruibaian.org.cn](http://www.ruibaian.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 9 分箱 邮编：100034（通过中国邮政 EMS 邮寄）
- 收件人：瑞百安项目办公室

**特别声明：**

- 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。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，请您及时将剩余的瑞百安慈善援助药品交回至发药点，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。患者在注射药物过程中出现的不可预知的不良事件（如药物不良反应等），请患者及时咨询注册医生，并按照注册医生的医嘱决定用药与否。
- 凡表中所需加盖公章的地方，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。退休患者需填写原单位名称；无业、务农患者需到当地民政局或所在辖区乡镇人民政府、街道办事处盖章；在校学生需到学校加盖公章；出国学习工作或者定居的需提供经济状况公证书，公证内容包括登记表所涉及全部内容。
- 项目相关规定均以中华慈善总会瑞百安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，而造成患者注射药物中断、受助延误、病情发生变化等后果，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瑞百安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。
- 中华慈善总会瑞百安慈善援助项目办公室对项目拥有最终解释权。



我已阅读并完全同意《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目患者告知书》

患者签字(正楷)： \_\_\_\_\_

签字日期： \_\_\_\_\_



## 中华慈善总会瑞百安慈善援助项目 患者知情同意书

(2018年10月)

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瑞百安慈善援助，我已经完全知晓《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目患者告知书》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办的各项规定。我愿意承担未如实申报或违反项目办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。如因我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。

患者本人签字（正楷）：\_\_\_\_\_ 签字日期：\_\_\_\_\_

患者直系亲属签字：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

签字日期：\_\_\_\_\_（所有直系亲属均要签字，签字后面备注与患者关系）

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\_\_\_\_\_，我已完全知晓瑞百安慈善援助项目的相关规定。

法律监护人签字：\_\_\_\_\_

签字日期：\_\_\_\_\_



# 中华慈善总会瑞百安慈善援助项目 患者基本信息登记表

姓 名		身份证号				相片
性 别		移动电话		年 龄		
家庭地址						
邮寄地址						
工作单位			职 务			
患者夫妻双方上年度总收入(元)			其余直系亲属(父母、子女)上年度平均收入(元)			
是否为低保户	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(低保证号：					)
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 具体情况为：						
申请原因：						
证明单位公章： 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。退休患者需填写原单位名称；无业、务农患者需到当地民政局或所在辖区乡镇人民政府、街道办事处盖章；在校学生需到学校加盖公章；出国学习工作或者定居的需提供经济状况公证书。			中华慈善总会瑞百安慈善援助项目办公室意见(此栏无需患者填写)			
年    月    日			年    月    日			

## 备注：

- 1、表格内所有内容需保持与线上填写一致，均需填写，不允许有空，如发现有空或与线上填写的不一致，将直接退回材料。请打印全部内容并请证明单位盖章后，连同患者身份证正反面复印件、患者及直系亲属(父母、配偶、子女)户口本复印件、患者 2 张一寸免冠照片一起，邮寄至瑞百安项目办公室(北京市 100034 信箱 9 分箱 瑞百安项目办公室收 请用中国邮政 EMS 投递)。
- 2、如有疑问请致电瑞百安项目热线 010-88361040(办公时间)，或登录网站 [www.ruibaian.org.cn](http://www.ruibaian.org.cn) 询问。
- 3、在申请期间请注意接听项目办电话。如您的材料寄出超过 10 个工作日没有任何反馈，务必联系项目办，进行结果查询。