



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，经济上无法支付注射瑞百安费用的中国大陆籍成人或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名医务志愿者的确诊。

以上3个条件须同时满足。

患者经济条件：经相关机构证实的中低收入及贫困患者。

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，由医务志愿者在《中华慈善总会瑞百安慈善援助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《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目患者申请表》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 ，须一次性注射完毕），不得由亲属及他人代领（如特殊情况需要代领，要经项目办审核通过），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），将不能领取援助药品。
- 患者本人每30个自然日，须亲自前往医务志愿者处进行医学评估，并由医务志愿者开具项目专用处方笺，处方笺有效期为10个自然日。
- 患者入组后的第1-3月，每月须进行一次医学随访。由患者本人亲自到医务志愿者处，出具有效血脂检验报告单（如非原件则需加盖检验单位公章），经医务志愿者检验后，由医务志愿者填写《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目患者随访表》，连同血脂检验报告单一并寄瑞百安项目办公室。从第4个月起，患者每3月需做一次随访。
- 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，请患者妥善保管在申请及受助期间的病历资料，包括但不限于血脂化验单等。

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。
- 经医务志愿者评估患者注射瑞百安出现严重不良反应。
- 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医务志愿者处开具处方、复查随访。
- 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、医务志愿者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。

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）
- 项目网站：www.ruibaian.org.cn
- 邮寄地址：北京市 100034 信箱 9分箱 邮编：100034(通过中国邮政 EMS 投递)
- 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），请患者及时咨询医务志愿者，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、街道办事处及以上单位机构盖章。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。





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项目，我已完全知晓《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目患者告知书》及《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目患者申请表》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、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：

签字日期：

(中华慈善总会保留页)



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，我已完全知晓《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目患者告知书》及《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目患者申请表》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、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：

签字日期：

(患者保留页)