项目知情同意书及药品领取证明

为帮助河南省内更多高血压患者得到规范及时和有效的治疗,减轻患者的经济负担,提高患者长期治疗的意识,由河南省慈善总会发起并实施高血压患者药品援助项目。

一、项目申请要求及条件

（一）医学条件

经项目医院指定项目医生进行医学评估:确诊为符合盐酸马尼地平片（舒平喜）、替米沙坦治疗适应症的高血压患者。

（二）捐赠药品可能产生的不良反应

本项目并非新药临床研究,所用的盐酸马尼地平片（舒平喜）、替米沙坦已经获得国家食品监督管理局批准并在临床使用,项目医生对其临床使用和可能产生的不良反应已较为了解。不良反应详见说明书,请详细阅读马尼地平片、替米沙坦药品说明书并咨询项目医生。因此,河南省慈善总会对于由于药物及治疗原因产生的一切后果不承担任何责任。

二、特别声明

（一）对于患者的个人信息及医学资料(患者信息和资料),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主办方和项目委托执行机构保留,除卫生监管部门审查监督外,不会披露给其他第三方。涉及到用药不良事件时,在符合适用的法律法规前提下,相关患者信息和资料会披露给药品捐赠方的药品不良反应监管部门,其可能会就此进行跟进和随访,将该等信息录入到药品捐赠方的药品不良事件数据库并按照相关法律规定上报给相关法律部门。

（二）本项目为慈善项目,患者自愿申请。捐赠所可能产生的所有不良反应河南省慈善总会不承担责任和义务。

（三）本项目为慈善项目,患者自愿申请,禁止销售捐赠药品及倒买倒卖的行为。

（四）本项目任何信息均以我会官方渠道（www.henancishan.org）正式发布的信息为准,我会不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。

（五）本人由于无法承担长期治疗的费用负担,自愿向省慈善总会申请该项目。

**患者声明签字**

**1、我已阅读上述内容和药品说明书,知晓项目申请条款及终止条款,并了解治疗可能发生的不良反应。我自愿申请加入“高血压患者药品援助项目”,同意并严格遵守本项目的相关规定,自愿按程序申请。**

**2.本人承诺自行销毁捐赠药品空药盒,不用于流通渠道。**

**本人已确认收到“高血压患者药品援助项目”捐赠的盐酸马尼地平片三（3）盒。 □**

**本人已确认收到“高血压患者药品援助项目”捐赠的替米沙坦一（1）盒。 　 □**

患者签字(需患者本人签字)：