



# 中国癌症基金会 赛可瑞患者援助项目

## 患者资料夹

2017年11月



## 一、项目介绍

### ● 项目背景及宗旨

秉承中国癌症基金会的一贯宗旨，为促进中国癌症防治事业的发展，中国癌症基金会与辉瑞投资有限公司合作共同开展了“赛可瑞患者援助项目”。中国癌症基金会专门成立了“赛可瑞患者援助项目”办公室，负责整个项目的管理和监督工作。

该项目旨在帮助符合赛可瑞适应症的贫困肿瘤患者获得所需的免费赛可瑞治疗。

### ● 项目启动时间

2013 年 12 月

### ● 项目援助对象

1. 符合以下赛可瑞适应症的贫困和低收入患者：

(1) 间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期或转移的非小细胞肺癌（NSCLC）；

(2) ROS1 阳性的晚期非小细胞肺癌（NSCLC）。

2. 持有中华人民共和国居民身份证/军官证年满 18 岁的大陆患者，同时患者接受援助前使用的赛可瑞药品必须是中国大陆包装。



## ● 项目援助方案

**I 期：**第一年患者服用赛可瑞 4 个治疗周期（4 瓶），证实安全有效，且没有严重副作用，经项目办审核批准后，进入随访领药，可获得 8 个治疗周期的援助药品（最多不超过 8 瓶）。

自购 4 瓶

援助 8 个治疗周期的赛可瑞

**II 期：**I 期援助结束后经项目指定医生评估仍需继续赛可瑞治疗且有申请意向的患者，第二年患者服用赛可瑞 2 个治疗周期（2 瓶），经项目办审核批准后援助至治疗结束。

自购 2 瓶

援助直至治疗结束

**备注：**赛可瑞被纳入当地医保符合大病救助政策患者的援助模式及要求请登陆中国癌症基金会官网查看具体通知。

## ● 项目联系方式

北京市 100061- 9 分箱（只接收邮政特快专递 EMS）

中国癌症基金会 赛可瑞患者援助项目办公室

患者咨询电话： 010- 6719 4642

010- 6711 6112

021- 9692 8052

传 真： 010- 6711 9753

电子邮箱： skrcfc@163.com

项目介绍及患者预约申请网址：

<http://www.cfchina.org.cn/list.php?catid=339>

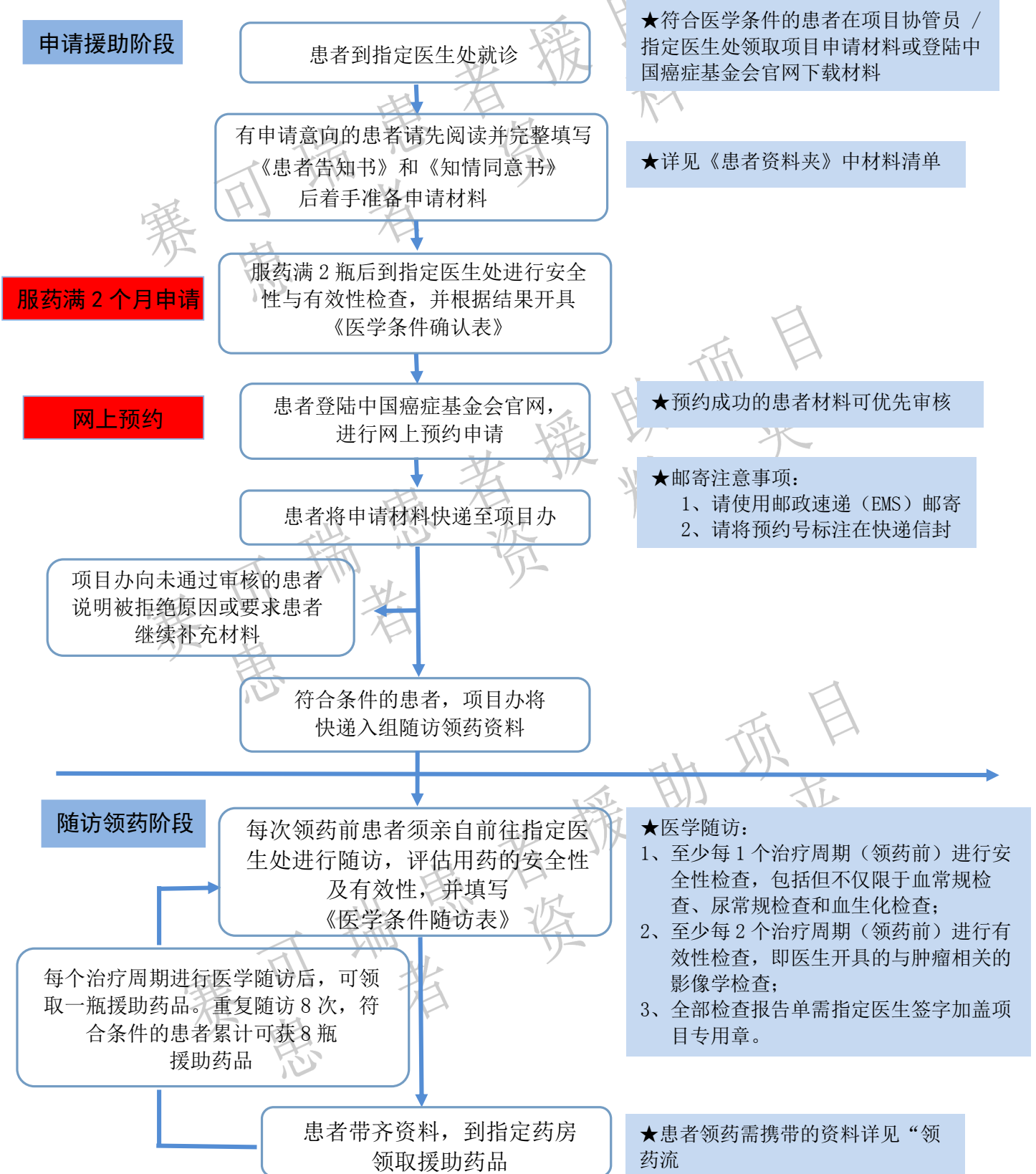
## ● 项目监督

项目项目组对受助患者定期进行审查，核对个人信息和病历资料。如发现不符将立即停止援助。



## 二、项目流程

### <1> I 期患者援助药品申请流程图





## 备注:

1. 为不耽误患者后续治疗用药，请在使用赛可瑞满 2 个治疗周期（2 瓶），经指定医生评估符合项目医学条件后尽早递交申请材料。
2. 有条件的患者请一定网上预约，项目办对预约申请成功的患者提交的资料将优先进行审核。
3. 准备申请资料时可以寻求项目协管员帮助（协管员联系方式及咨询时间请登录中国癌症基金会官网查询，或在指定医生/授权医生处领取协管员名片）。患者入组后项目协管员会对您进行随访，请予以配合。
4. 审批时间：项目办公室会在患者资料齐全，并核实通过后 15 个工作日内通知患者是否被批准入组。如因提交延时或资料不全，影响下一疗程治疗，后果由患者自负。
5. 援助药品必须患者本人亲自领取不得代领。
6. 首次领取援助药品，需将前期自费已用完的 4 瓶赛可瑞的空药瓶及空盒交给药师，不按照要求交还或交还数量不符时将无法及时领取到援助药品。
7. 随访时间：为了指定医生更好地评估用药疗效，项目办规定在**当月用药结束前一周内**安排随访及领药。指定医生评估暂停使用赛可瑞的，请患者或家属及时递交疾病证明至项目办，患者因自身原因暂时不能按时领药时，请务必及时与项目办联系；否则超过 3 个月未按时领药且不与项目办联系者，将视为自动放弃受助资格，由此带来的一切后果由患者自负。随访领药流程及要求详见项目办给入组患者邮寄的相关资料及说明。
8. 项目办将不定期对申请中及入组患者进行抽查，请务必保存好与援助项目相关的**全部影像学检查胶片**。
9. 患者全部申请材料由项目办保存，概不退还，请患者根据需要提前备份。
10. 项目办公室有权对审核中的患者要求提供清单之外的材料。
11. 赛可瑞被纳入当地医保符合大病救助政策患者的援助模式及要求请登陆中国癌症基金会官网查看具体通知。





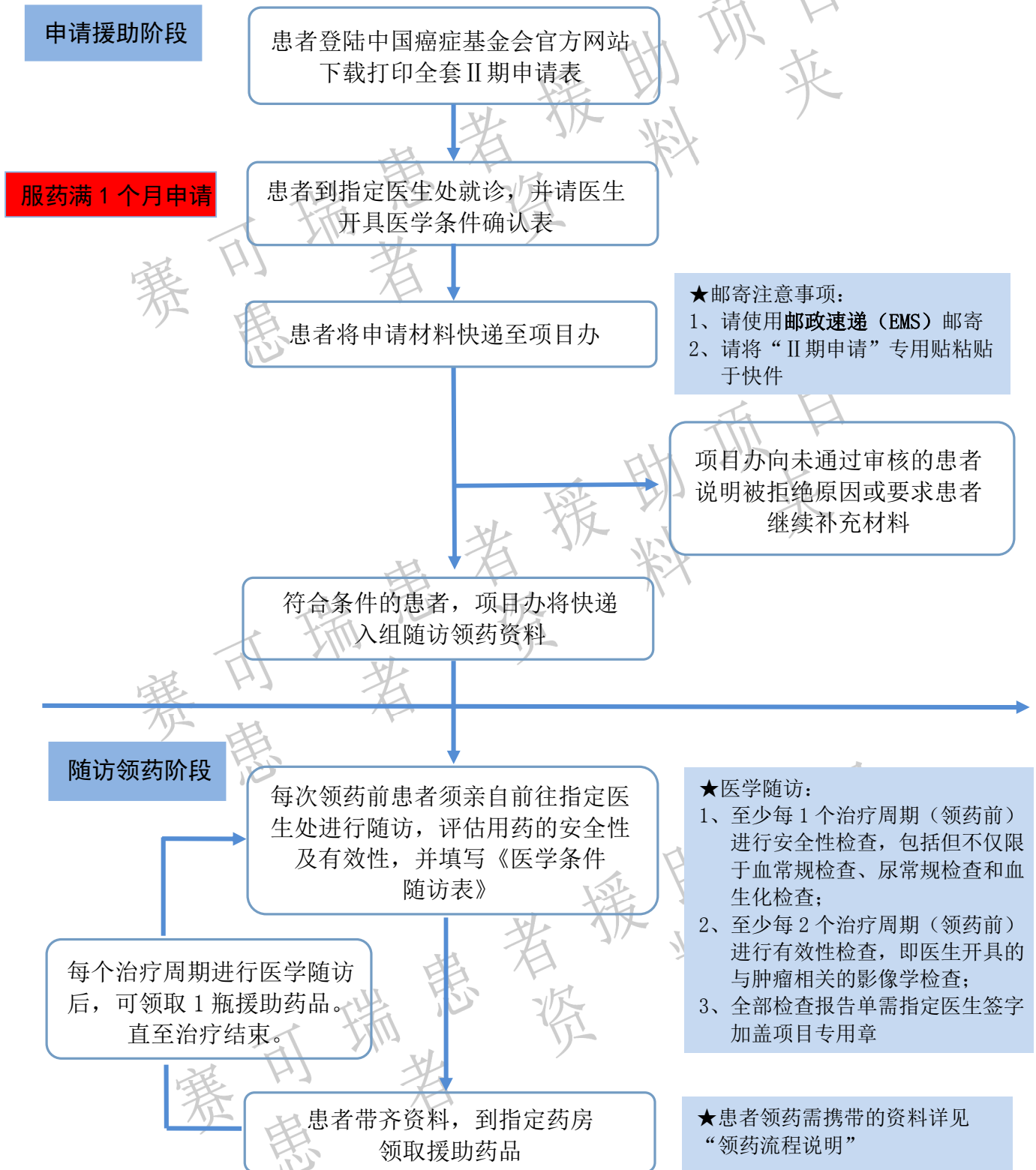
## (二) I 期患者项目申请材料清单

申请材料列表	注意事项
1. 《赛可瑞患者援助项目患者申请表》全套	见填表要求
2. 首次确诊（局部晚期或转移的非小细胞肺癌）的病历 > 住院患者：住院病案首页和出院小结 > 门诊患者：门诊病历	1. 每一页必须有项目指定医生签字并加盖项目专用章。 2. 复印件必须加盖医院章
3. 确诊非小细胞肺癌的病理报告及 ALK/ROS1 阳性的检测报告	1. 内容必须包括但不仅限于：检测机构名称、患者基本信息、标本来源、标本编码、检测方法、检测结果等重要信息。 2. 报告必须为机打报告，手写报告项目均不予以认可。 3. 同时报告单必须加盖医院或检测机构公章，必须有项目指定医生签字并加盖项目专用章。
4. 近 2 个月影像学报告单：以下其中一项即可 > 常规成像（胸片/CT/PET-CT/ECT /MRI/血管造影） > 肝脏转移灶的 B 超检查 > 支气管内镜或超声内镜（E-BUS）、胸腔镜等	<b>近 2 个月影像学报告单需满足以下 5 个条件：</b> 1. 影像学报告单必须与医学条件确认表中医生填写的项目一致。 2. 至少服用赛可瑞满 1 个治疗周期证实有效的影像学报告单。 3. “医学条件确认表”中指定医生填表日期的近 2 个月之内的影像学报告单。 4. 必须有项目指定医生签字并加盖项目专用章。 5. 复印件必须加盖医院章。
5. 患者及其直系亲属身份证正反面复印件	1. 已婚患者需提供本人、配偶及其子女材料。 2. 未满 50 周岁的未婚或离异患者，需提供患者本人及父母材料
6. 患者及其直系亲属户口本复印件（首页及个人单页）	3. 满 50 周岁（含 50 岁）的未婚患者，仅需提供本人材料。 4. 满 50 周岁（含 50 岁）的离异患者，需提供患者本人及子女材料。
7. 患者近期 1 寸免冠照 2 张（不含表格中粘贴）	
8. 患者及配偶名下全部房产证明，以及相应的《房屋所有权证》复印件	1. 农业户口的患者需提供土地使用证或宅基地证明复印件。 2. 无房产的患者需提供住所证明（包括租房合同、所住房屋产权人房产证明及相关部门开具的居住证明）
9. 患者医保卡正反面复印件	
10. 低保户证明（复印件）：如有请提供	1. 低保卡复印件。 2. 近一年低保金领取清单复印件。 注：复印件须加盖当地民政部门公章并提供经办人姓名及联系电话。
11. 赛可瑞发票（原件），视以下开具情况提供： ● 药房购买，请直接提供发票原件 ● 医院门诊购药，若发票上打印是西药费的，需附含赛可瑞的购药清单 ● 住院用药不能提供发票原件的需提供：住院发票复印件、含赛可瑞的费用清单	1. 必须在认可的医院或药店购买。 2. 发票抬头必须是患者本人。 3. 需提供 4 瓶赛可瑞发票原件。 注：大病救助患者的援助模式及要求请登陆中国癌症基金会官网查看具体通知。

注：所有申请材料复印件须用 A4 纸复印或粘贴，使用邮政速递（EMS）快递至项目办。



## 〈3〉II 期患者援助药品申请流程图





## 备注:

1. 为不耽误患者后续治疗用药，请患者Ⅱ期自购药第 1 瓶用完后，经指定医生评估符合项目医学条件尽早递交申请材料。
2. 患者在领取Ⅰ期第 8 瓶援助药品时领取“Ⅱ期申请”不粘贴。
3. Ⅱ期申请患者无需网上预约，请直接将相关材料通过**邮政速递（EMS）**邮寄给项目办。
4. 患者邮寄Ⅱ期申请材料时，需将“Ⅱ期申请”专用贴粘贴于快件信封封面，以便识别。
5. 审批时间：项目办公室会在患者资料齐全，并核实通过后 10 个工作日内通知患者是否被批准入组。如因提交延时或资料不全，影响下一疗程治疗，后果由患者自负。
6. 援助药品必须患者本人亲自领取不得代领。
7. 首次领取援助药品，需将前期自费已用完的 2 瓶赛可瑞的空药瓶及空盒交给药师，不按照要求交还或交还数量不符时将无法及时领取到援助药品。
8. 随访时间：为了指定医生更好地评估用药疗效，项目办规定在**当月用药结束前一周内**安排随访及领药。指定医生评估暂停使用赛可瑞的，请患者或家属及时递交疾病证明至项目办，患者因自身原因暂时不能按时领药时，请务必及时与项目办联系；否则超过 3 个月未按时领药且不与项目办联系者，将视为自动放弃受助资格，由此带来的一切后果由患者自负。随访领药流程及要求详见项目办给入组患者邮寄的相关资料及说明。
9. 项目办将不定期对申请中及入组患者进行抽查，请务必保存好与援助项目相关的**全部影像学检查胶片**。
10. 赛可瑞被纳入当地医保符合大病救助政策患者的援助模式及要求请登陆中国癌症基金会官网查看具体通知。





## (四) II 期患者援助药品申请材料清单

申请材料列表	备注
1、《赛可瑞患者援助项目患者 II 期申请表》全套	见填表说明
2. 近 2 个月影像学报告单	<p>近期影像学报告单需满足以下 4 个条件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 影像学报告单必须与医学条件确认表中医生填写的项目一致。</li> <li>2. “医学条件确认表”中指定医生填表日期的近 2 个月之内的影像学报告单。</li> <li>3. 必须有项目指定医生签字并加盖项目专用章。</li> <li>4. 复印件必须加盖医院章。</li> </ol>
3. 患者近期 1 寸免冠照 2 张（不含表格中粘贴）	
<p>4. 赛可瑞发票（原件），视以下开具情况提供：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 药房购买，请直接提供发票原件</li> <li>● 医院门诊购药，若发票上打印是西药费的，需附含赛可瑞的购药清单</li> <li>● 住院用药不能提供发票原件的需提供：住院发票复印件、含赛可瑞的费用清单</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 必须在认可的医院或药店购买。</li> <li>2. 发票抬头必须是患者本人。</li> <li>3. 需提供 2 瓶赛可瑞发票原件。</li> </ol>
<p>注：所有申请材料复印件须用 A4 纸复印，请将资料快递至项目办</p>	



## 三、终止条款（如有以下情况之一者，援助药品自动停止）

- 11、接受援助治疗的患者死亡。
- 12、严重的、需永久停药副作用。
- 13、经项目指定医生确认疾病进展。
- 14、其他不适合服用赛可瑞的病症。
- 15、更换治疗方案。
- 16、患者不依从。
- 17、失去联系。
- 18、将援助药品出售或转赠他人。
- 19、拒绝接受项目审查的患者。
- 20、提供虚假的医学或经济证明，或隐瞒真实信息。
- 21、患者或法律监护人/直系亲属要求停止继续使用赛可瑞治疗，主动退出。
- 22、不能每月坚持到项目指定医院接受指定医生的医学随访，不能每月坚持到项目指定药房领取援助药品。

## 四、副反应

患者需充分了解并愿意承担赛可瑞治疗可能产生的所有不良反应，服药过程中出现任何不可预知的不良反应，须立即寻求指定医生/授权医生的帮助。赛可瑞患者援助项目为慈善项目，患者均自愿参加，中国癌症基金会对患者的病情和治疗不承担责任和义务。

## 五、法律声明

- 1、赛可瑞患者援助项目的一切解释权归中国癌症基金会。
- 2、本项目的性质为慈善援助，患者自愿参加。