

易生守护-甲型血友病患者检查费用援助项目 项目知情同意书

血友病患者需要定期进行各项检查，检查结果对于医生制定患者后续治疗方案以及患者自我疾病管理有着非常重大的指导意义。为了满足患者对各项检测的需求，推动患者规范化治疗，帮助临床积累治疗经验，中国初级卫生保健基金会发起了“易生守护-甲型血友病患者检查费用援助项目”，向符合项目条件的已入组“易生守护-甲型血友病患者援助项目”的血友病患者根据临床意见，在项目覆盖地点有条件进行检查的医院进行因子活性检测、抑制物检测、关节检查、病毒（肝炎，HIV）筛查，可向项目办申请援助。患者自愿申请，经项目办公室审核批准入组后，可获得因子活性检测、抑制物检测、关节检查、病毒（肝炎，HIV）筛查产生的自行承担费用提供援助。诺和诺德公司向中国初级卫生保健基金会提供无偿援助。

项目申请条件

1. 已入组“易生守护-甲型血友病患者援助项目”的血友病患者；
2. 自行使用诺易®作为凝血因子药物进行治疗的患者；

援助方案：项目针对已入组易生守护-甲型血友病患者援助项目的血友病患者，根据临床意见，在项目覆盖地点有条件进行检查的医院进行因子活性检测、抑制物检测、关节检查、病毒（肝炎，HIV）筛查，可向项目办申请援助。患者自愿申请，经项目办公室审核批准入组后，可获得因子活性检测、抑制物检测、关节检查、病毒（肝炎，HIV）筛查费用自付部分的资金援助，每位患者援助上限为 2000 元/年。

每次援助金额不超过患者当次实际自付金额，且本援助项目仅援助经过医保报销后患者的部分自付费用。

血友病检查费用援助项目终止条款（如有以下情况之一，援助自动停止）

- 患者或其法定监护人/父母自愿退出项目申请；
- 患者死亡；
- 患者进入到其他援助项目；
- 患者或其法定监护人提供任何虚假医学证明；
- 患者或其法定监护人拒绝接受援助项目监测；
- 患者通过医疗保险等形式已达到相关检测费用的全额报销；
- 因其他特殊原因必须停止援助项目；
- 已过本项目申请截止时间，或未到申请截止时间但援助资金已经发放完毕。

项目监测

项目办对受助患者定期进行抽查，核对个人信息和申请资料，如果拒绝接受核查或经核查发现任何医学条件和经济条件不符将立即停止援助。

法律声明

- (1) 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或项目委托执行保留，除卫生监管部门审查监督外，不会披露给其他第三方。
- (2) 本项目为慈善援助项目，患者需自愿参加；本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提

供援助。因个人原因不能按项目规定申请和领取援助资金的患者将自行承担因此而产生的后果。

- (3) 患者及其家属须知晓患者的真实病情，患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，定期随访，及时接受治疗。中国初级卫生保健基金会对患者的病情和治疗不承担任何责任和义务。
- (4) 患者及家属须积极配合，保持与项目办公室通讯联络畅通，主动拨打项目热线电话咨询、主动登录项目网站查询项目办信息。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。
- (5) 患者或其家属因特殊情况影响各项目药房及项目医院正常工作，情节严重者，项目办将取消其援助资格。
- (6) 关于本项目的任何信息均以我办正式发布的信息为准，我办不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。

项目援助热线：010-56592453

周一至周五： 9:00-17:30（法定节假日除外）

- (7) 血友病检查费用援助项目的一切解释权归中国初级卫生保健基金会所有。

申请声明

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。

患者或患者法定监护人签字：

监护人与患者关系：

日 期：

【注：对于不满 18 周岁的患者，必须由其法定监护人签署本知情同意书（在法定监护人是患者父母的情况下，必须由患者的父亲或母亲签署，并注明与患者关系）；对于已满 18 周岁的患者，必须由患者本人签署本知情同意书】