



# 瑞得新生

— 患者援助项目 —

医生手册

中国初级卫生保健基金会  
瑞得新生患者援助项目办公室

2021年7月



# 目录

## CONTENTS

- 一 项目介绍
- 二 项目流程
- 三 医生工作流程
- 四 入组患者办理转诊手续要求
- 五 医学条件确认表
- 六 医学随访表
- 七 项目处方
- 八 患者转诊申请表



尊敬的医生：

非常感谢您参与由中国初级卫生保健基金会发起的“瑞得新生患者援助项目”，项目旨在帮助广大群众获得更大的支持，为符合项目条件的患者，免费提供援助药品治疗的同时，强化患者治疗疾病的信心。

鉴于您所在的科室参加“瑞得新生患者援助项目”，并接受中国初级卫生保健基金会委托进行该项目患者医学评估和筛选，您的参与将给予患者提供极大的帮助。

根据患者援助项目的规定，为使您顺利地熟悉此项目，敬请注意项目的如下要求：

对就诊患者中的阿那曲唑片（瑞宁得®）适应症患者进行医学评估。

医生确认患者符合项目的医学条件，对符合医学条件确认的患者进行病理报告单的医学诊断，并依据医学评估诊断填写《医学条件确认表》签字并盖项目专用章。

患者申请后续周期援助前都必须前往项目医生处进行疗效评估，医生根据近期病理诊断相关凭证诊断填写《医学信息随访表》签字并盖项目专用章。

项目医生外出超 1 周时，需提前通知患者，以便妥善安排患者随访。外出超出 2 周（含两周）时，需与项目办公室取得联系，进行备案，经项目办同意后可授权本院其他医生代开处方。

处方要求：项目处方是审计的重点，请务必使用项目专用处方，要求字迹清楚，剂量、患者姓名及日期正确。处方需有项目医生的签名并盖项目专用章。如果患者持不合格处方，将无法领取援助药品。

我们承诺尽最大努力保证本项目顺利实施，如您有任何疑问和建议，请随时联系我们。再次感谢您的爱心参与。

中国初级卫生保健基金会  
瑞得新生患者援助项目办公室



## 一 项目介绍

### 项目目的

为了提高中国肿瘤患者对于乳腺癌治疗的可及性及规范性，减轻患者经济负担，延长患者生命。中国初级卫生保健基金会将于 2021 年 7 月正式启动瑞得新生患者援助项目，该项目援助药品阿那曲唑片（瑞宁得®）由阿斯利康制药有限公司向中国初级卫生保健基金会无偿捐赠。

### 项目启动时间

2021年7月1日

### 项目截止时间

由项目办另行公布

### 患者申请

#### ●医学条件：

1. 经组织学或细胞学确诊的符合瑞宁得适应症的患者：
  - 1) 适用于绝经后妇女的晚期乳腺癌的治疗。对雌激素受体阴性的病人，若其对他莫昔芬呈现阳性的临床反应，可考虑使用本品。
  - 2) 适用于绝经后妇女激素受体阳性的早期乳腺癌的辅助治疗。
  - 3) 适用于曾接受2到3年他莫昔芬辅助治疗的绝经后妇女激素受体阳性的早期乳腺癌的辅助治疗。
2. 患者在接受瑞宁得治疗期间，经临床评估能继续从阿那曲唑片（瑞宁得®）治疗中获益，且无不可耐受的毒副反应。

### 援助方案

#### ●低收入患者

援助方式—确诊为绝经后早晚期乳腺癌患者，经指定医疗机构评估确认符合阿那曲唑片（瑞宁得®）的适应症，自行连续使用12盒阿那曲唑片（瑞宁得®）治疗后，经项目医生评估仍需继续使用阿那曲唑片（瑞宁得®）治疗，且难以继续承担药品费用。经基金会审核通过，最多为其援助共计 12 盒（分 2 次）阿那曲唑片（瑞宁得®）

**注：**1) 本项目援助对象为持有中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆患者。

2) 连续自行使用12盒阿那曲唑片（瑞宁得®）的患者，且购药费不纳入医保报销。

3) 患者自行使用首张药品发票追溯有效期：2021年5月1日（当天有效）

## 终止条件

- (1) 经医生确认此患者不符合此药品治疗指征或无法从服药中获益;
- (2) 患者出现不可耐受的不良反应;
- (3) 患者未按照项目规范或要求进行医学评估及随访;
- (4) 患者或法定监护人、直系亲属要求停止应用此药品治疗;
- (5) 患者未遵医嘱, 中断用药时长超过 28 个自然日;
- (6) 经查实, 患者将援助药品用于销售、转让或其他盈利目的;
- (7) 患者提供的申请资料不实或隐瞒申报;
- (8) 已过本项目申请截止时间, 或者未到申请截止时间但援助药品已经发放完毕;
- (9) 由于不可抗力, 相关政府部门的政策调整或变化等因素造成项目被迫中止;
- (10) 受援助患者死亡;

## 项目监察

基金会项目办公室对获取援助的患者定期进行抽查, 核对个人信息和相关资料, 如发现不符将立即停止援助。

## 法律声明

- ◇ 本项目是一项慈善项目, 不影响医生的诊治及处方行为, 医生根据患者疾病情况和治疗规范对患者进行治疗。
- ◇ 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, 除卫生监管部门或其他国家监管机关审查监督外, 不会披露给其他第三方。
- ◇ 本项目为慈善项目, 患者自愿申请。援助所可能产生的所有不良反应中国初级卫生保健基金会不承担责任和义务。
- ◇ 本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提供药品援助。因个人原因不能按项目规定申请和领取援助药品的患者将自行承担因此而产生的后果。
- ◇ 患者及家属须积极配合, 保持与项目办公室通讯畅通, 主动拨打项目热线查询相关信息。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。





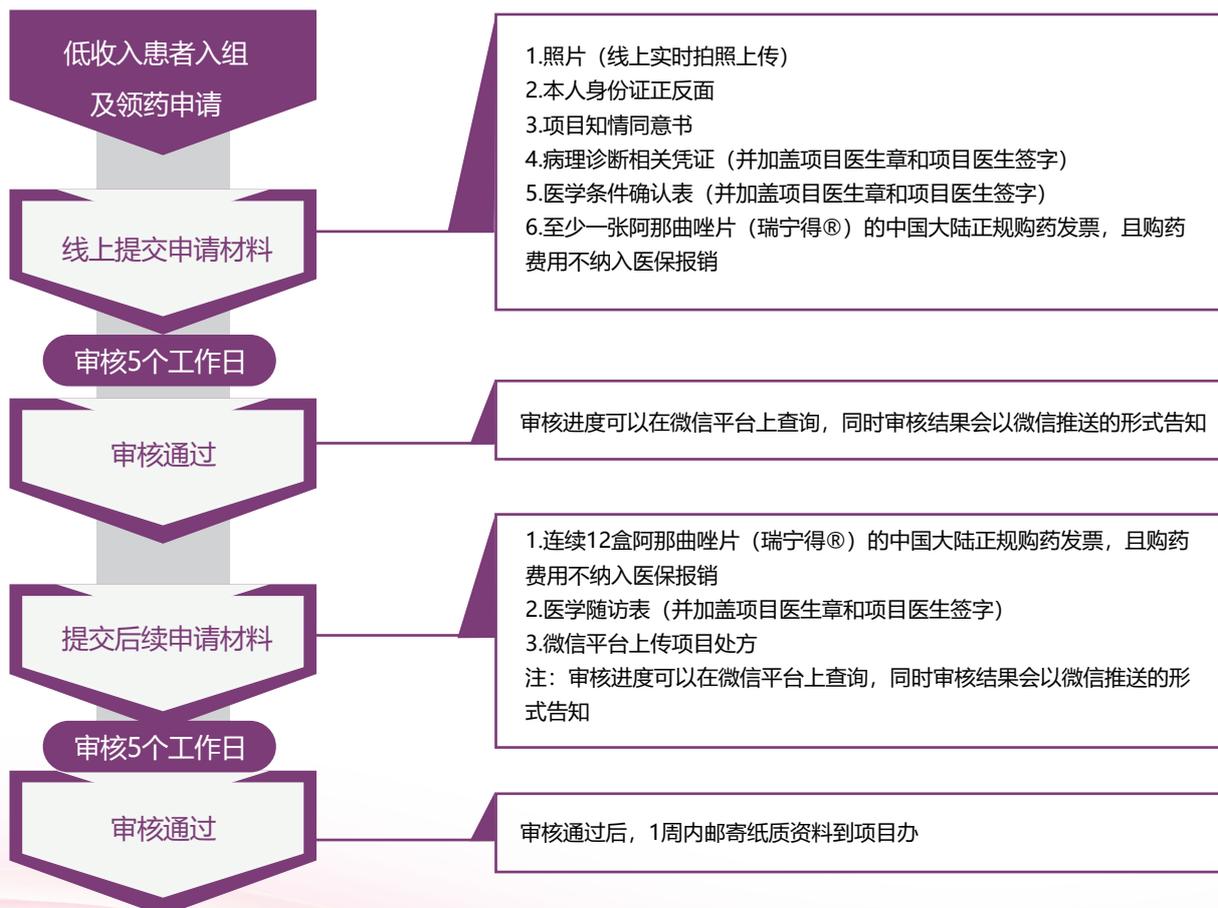
- ◇ 患者或其家属影响各项目医院正常工作，情节严重者，项目办将取消其援助资格。
- ◇ 本项目的任何信息均以项目办正式发布的信息为准，项目办不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。
- ◇ “瑞得新生患者援助项目”的一切解释权归中国初级卫生保健基金会所有。

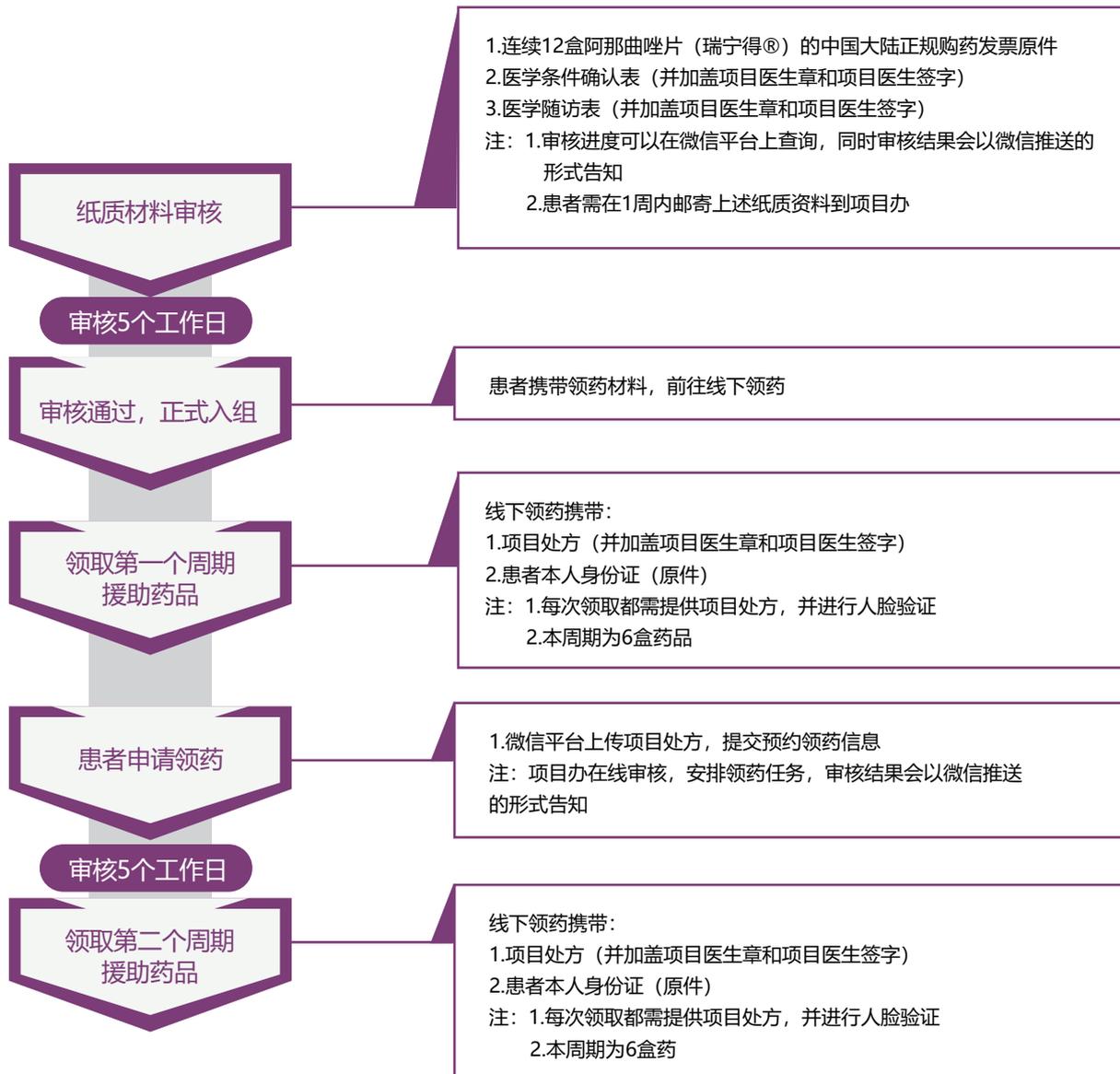
瑞得新生患者援助项目办公室

## 二 项目流程

### 低收入患者入组申请流程及首次领药

低收入患者需在“瑞得新生患者援助项目”微信平台进行“注册申请”，并上传审核材料。此外，患者需连续自行使用12盒阿那曲唑片（瑞宁得®），并提交相应的购买发票原件，才能进行首轮援助药品申请。







### 三 医生工作流程

#### 问诊

##### 确诊

判断患者是否符合援助项目的医学入组标准

#### 介绍项目

##### 介绍项目

1.说明项目背景及项目要求

#### 确认用药

##### 出具医学证明

- 1.医学条件确认表（项目医生签字盖项目章）
- 2.病理报告单
- 3.专用处方（项目医生签字盖项目章）

#### 后续随访

##### 出具医学证明

- 1.医学随访表（项目医生签字盖项目章，请按期随访，以免延误后续领药）
- 2.影像学报告单（患者第四次领取援助药品前提供，项目医生签字盖项目章）
- 3.专用处方（项目医生签字盖项目章）

备注：

- 1) 医学评估表，医学随访表和专用处方均需项目医生填写完整后签字后并加盖项目医生专用章。
- 2) 医生填写任何项目表单内容时，如有涂改必须在修改处签字并加盖项目医生专用章。

## 四 入组患者办理转诊手续要求

### 转诊要求:

- (1)患者所在地设有项目医院才可提出转诊要求，所在地无项目医院或其他原因要求转诊者不在此范围内。
- (2)患者要在不影响治疗的原则下进行转诊，以保证患者的治疗、检查、用药的连续性。
- (3)需转诊患者必须在将要接诊的项目医生同意接受的情况下才能进行转诊。

### 转诊程序:

- (1)患者将已填好的《患者转诊申请表》寄或带到接诊的项目医生处，有接诊项目医生在接诊意见处填写接诊医生意见并签名盖章。
- (2)患者将《患者转诊申请表》通过微信端口上传指定位置，经由项目办审核通过后转诊成功。
- (3)转诊成功，患者将《患者转诊申请表》纸质材料顺丰邮件至项目办指定地址：  
湖北省武汉市武昌区姚家岭投揽部（只收邮政 EMS），瑞得新生患者项目部收





## 中国初级卫生保健基金会 瑞得新生患者援助项目 医学条件确认表

申请人填写（必填）																							
姓 名		联系电话																					
身份证号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
项目医院		项目医生																					
项目医生填写（必填）																							
病史与诊断	<input type="checkbox"/> 绝经后妇女的晚期乳腺癌的治疗。如为雌激素受体阴性的病人，应对他莫昔芬呈现阳性的临床反应。 <input type="checkbox"/> 绝经后妇女激素受体阳性的早期乳腺癌的辅助治疗。 <input type="checkbox"/> 曾接受 2 到 3 年他莫昔芬辅助治疗的绝经后妇女激素受体阳性的早期乳腺癌的辅助治疗。																						
医生处方意见（必填）																							
该患者是否符合阿那曲唑片（瑞宁得®）在中国获批的适应症	<input type="checkbox"/> 符合		<input type="checkbox"/> 不符合																				
是否可再继续服用阿那曲唑片（瑞宁得®）	<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否																				
		项目医生盖章： 项目医生签字： 填表日期：																					

**备注：**

- 1、该表必须由项目医生签字、加盖项目医生专用章，并填写日期。
- 2、请申请人配合项目医生完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成表格作废。
- 3、医学条件是入组条件中的其中一项，患者是否符合入组条件由瑞得新生患者援助项目办判断和最终决定。



## 中国初级卫生保健基金会 瑞得新生患者援助项目 医学随访表

申请人填写																							
姓 名		联系电话																					
身份证号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						
项目医院		项目医生																					
项目医生填写																							
按照 RECIST 标准评估阿那曲唑片（瑞宁得®）治疗效果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD																						
医生处方意见																							
是否符合阿那曲唑片（瑞宁得®）中国获批适应症	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合																						
是否继续使用阿那曲唑片（瑞宁得®）治疗	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，请描述原因：_____																						
项目医生盖章： 项目医生签字： 填表日期：																							
填表说明： 1. 随访评估的影像学报告有效期为 180 个自然日 2. 若患者未按时随访，则不能领取援助药品																							

### 备注：

- 1、该表必须由项目医生签字、加盖项目医生专用章，并填写日期。
- 2、请申请人配合项目医生完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成表格作废。



## 中国初级卫生保健基金会

### 瑞得新生患者援助项目

# 项目处方

姓名		年龄	
项目医院			
临床诊断:	乳腺癌	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

第一联

注：若诊断为非本项目援助范围疾病类型，此处方无效

**RX:**

阿那曲唑片（瑞宁得®） \_\_\_\_ 盒， 1mg/片， 14片/盒

用法用量： 1mg 口服 每日一次

基金会联

项目医生签字:

项目医生盖章:

处方时间:

\*本项目处方有效期 30 天，逾期无效。

\*需项目医生签字盖章。



申请表单(填写样表)

## 中国初级卫生保健基金会

### 瑞得新生患者援助项目

# 项目处方

姓名	王XX	年龄	XX
项目医院	XXX 医院		
临床诊断:	乳腺癌	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

注: 若诊断为非本项目援助范围疾病类型, 此处方无效

项目医生如实填写

**RX:**

阿那曲唑片(瑞宁得®) \_\_\_\_ 盒, 1mg/片, 14片/盒

用法用量: 1mg 口服 每日一次

项目医生签字:

医生本人签字

项目医生盖章:



处方时间: XXXX

第一联

基金会联

\*本项目处方有效期 30 天, 逾期无效。

\*需项目医生签字盖章





加入微信公众号  
了解更多项目信息

## 项目联系方式

援助热线：010-58103096

电子邮箱：rdxspap@ilvzhou.com

官 网：http://rdxs.ilvzhou.com

项目微信公众号：瑞得新生患者援助项目

资料邮寄地址：(只接收 EMS 特快专递)

邮政信箱：湖北省武汉市武昌区姚家岭投揽部，瑞得新生患者援助项目办收