

中国初级卫生保健基金会

维万众心 ATTR-CM 患者检测公益项目

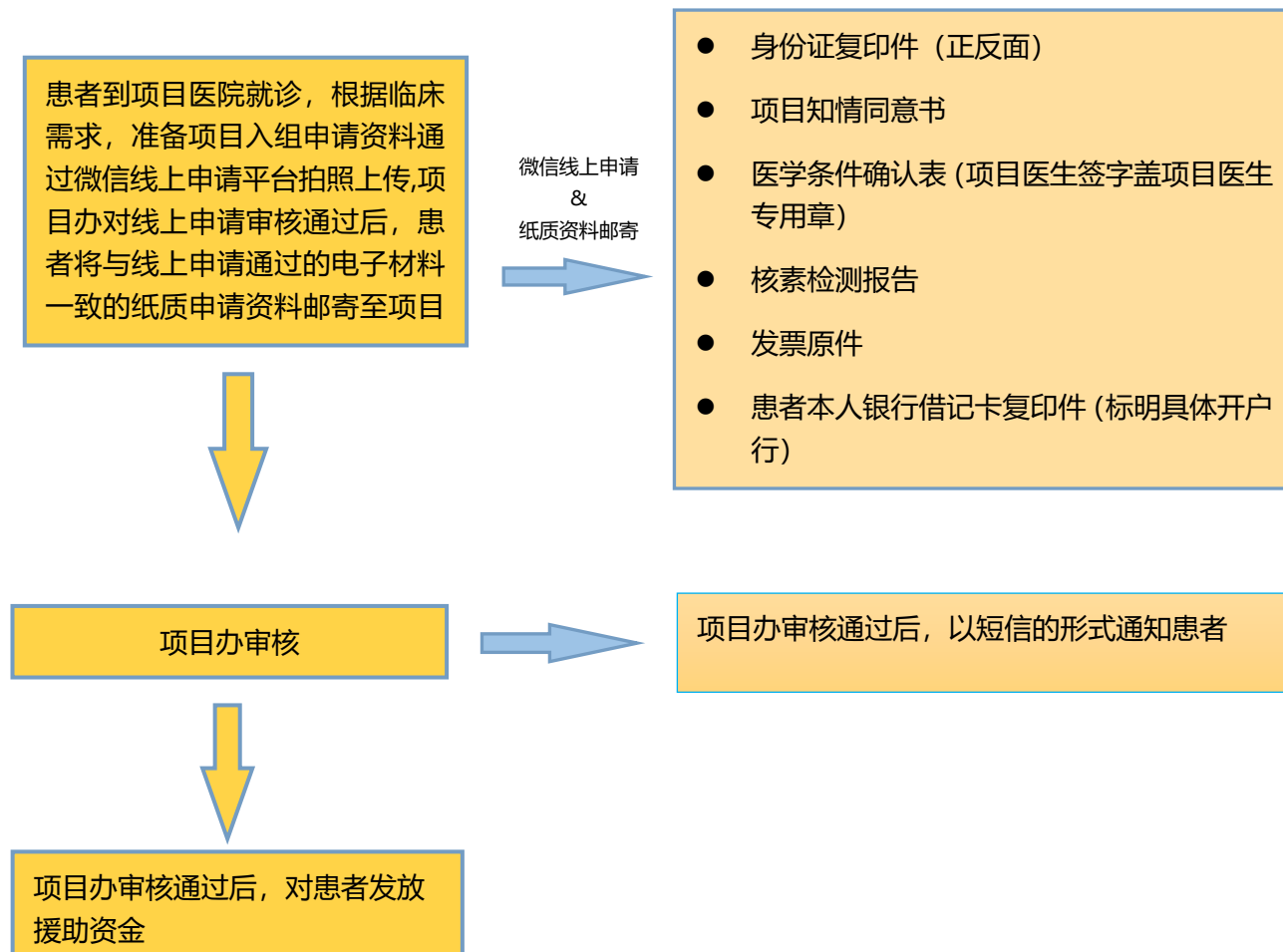
患者申请表

患者姓名：_____

填表日期：_____

维万众心 ATTR-CM 患者检测公益项目

患者申请流程



注:

1. 核素检测报告可为原件或加盖项目医生专用章或检测单位章的复印件
2. 如患者不通过线上申请，直接纸质申请，需按照上述线上申请所需的所有资料准备

中国初级卫生保健基金会

维万众心 ATTR-CM 患者检测公益项目

患者知情同意书

为了满足患有 ATTR-CM 的患者对各项检测的需求，帮助患者规范化治疗，中国初级卫生保健基金会发起“维万众心 ATTR-CM 患者检测公益项目”，向经项目医生评估符合项目申请医学条件的患者就核素检测产生的自费费用提供援助。辉瑞公司向中国初级卫生保健基金会提供无偿援助。

项目启动时间：2020 年 12 月

项目援助方案：

患者到项目医院就诊，经项目医生评估符合项目申请医学条件，患者自愿申请、经项目办公室审核通过后批准入组，即可得到就核素检测产生的费用援助。

- 经临床诊断，项目医生评估为需要进行核素检测的转甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病 ATTR-CM 疑似患者；
- 项目办就该疑似患者进行核素检测产生的自费部分费用给予援助；即 2022 年 4 月 1 日（含）起产生的核素检测发票援助上限为人民币 1500 元/位，检测医保报销后或不足 1500 元，以实际自费金额进行援助；2022 年 4 月 1 日前产生的核素检测发票援助上限为人民币 1300 元/位，检测医保报销后或不足 1300 元，以实际自费金额进行援助。
- 已通过核素检测确诊为转甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病 ATTR-CM 患者，核素检测报告时间追溯至 2020 年 6 月 1 日（含）。

项目申请条件：（通过医疗保险等形式已达到基因检测费用全额报销的患者不在援助范围内）：

1. 自愿申请；
2. 经临床诊断，项目医生评估为需要进行核素检测的转甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病 ATTR-CM 疑似患者；
3. 项目援助对象为持有在中华人民共和国中国居民身份证/军官证的大陆患者。

联系方式：

援助热线：010-56592239 项目邮箱：wwzxpap@ilvzhou.com

项目网站：<https://wwzx.ilvzhou.com/>

资料邮寄地址：EMS（仅接收寄付快递）：湖北省武汉市武昌区姚家岭投揽部

顺丰快递（仅接收寄付快递）：湖北省武汉市洪山区光谷中心花园鲁巷揽投部

收件人：中国初级卫生保健基金会 维万众心 ATTR-CM 患者检测公益项目办公室

终止条款（如有以下情况之一，援助自动停止）：

- 患者或法律监护人/父母要求患者停止进行 ATTR-CM 相关检测，或自愿退出；

- 患者进入其他援助项目；
- 患者死亡；
- 患者通过医疗保险等形式已达到 ATTR-CM 相关检测费用的全额报销；
- 患者提供不实、虚假的申请材料；
- 患者拒绝接受援助项目监督；
- 因不可抗力或因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。

项目监督：

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及其他申请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；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 ATTR-CM 临床诊疗疑问，请患者及时咨询医生，并按照医生的医嘱治疗。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按信息。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) 除项目流程规定的申请资料外，项目办公室有权根据患者具体情况要求提交更多的资料。
- (6) 维万众心 ATTR-CM 患者检测公益项目相关信息均以援助项目办公室正式发布的信息为准，中国初级卫生保健基金会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：010-56592239 周一至周五：9:00-17:30。

- (7) 维万众心 ATTR-CM 患者检测公益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：

本人已经认真阅读了上述有关项目的全部内容，知晓援助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。

患者本人签字：

日期：

维万众心 ATTR-CM 患者检测公益项目

医学条件确认表

1.患者信息（患者填写）					
姓 名		性 别	☐ 男 ☐ 女	年 龄	
身份证号				本人联系电话	
联系地址（详细）					
项目医院				项目医生	
第一联系人信息	姓名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____				
2.医学条件评价（项目医生填写）					
病情诊断	☐ ATTR-CM疑似患者				
核素检测结果	☐ ATTR-CM ☐ 评分2分或2分以上 ☐ 非ATTR-CM				
3.医生意见（项目医生填写）					
患者符合“维万众心 ATTR-CM 患者检测公益项目”入组的医学标准。 项目医生签字： 项目医生盖章： 填 表 日 期：					

注：

1. 作为项目医生，特此确认：已审阅该患者过去的病历记录、相关的实验室检查、核素检测报告等患者相关医学资料做出



本次诊断;

2. 请项目医生准确、完整填写此表, 不得空缺、不得涂改。