

中国初级卫生保健基金会

诚邀参加“费凡掌控-前列腺癌患者援助项目”

_____ 医院：

为了帮助确诊为前列腺癌的患者得到及时有效的治疗，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在2019年5月启动了“费凡掌控-前列腺癌患者援助项目”，自2021年11月起该项目援助药品注射用醋酸地加瑞克由辉瑞公司向基金会无偿捐赠。

援助对象：经项目医院评估，对于符合注射用醋酸地加瑞克适应症的患者，自愿接受注射用醋酸地加瑞克治疗，同时按照项目规定如实提交申请材料者，经基金会审核通过的患者，可接受注射用醋酸地加瑞克药品援助。

为了确保援助项目顺利开展，基金会诚邀贵院参与援助项目，成为项目指定医院，并请同意以下事项：同意贵院医生作为本项目的指定医生，负责对患者医学评估，确保患者的正确诊断和处方。如贵院同意参加，请贵院负责人在回执部分签字或加盖医院章，感谢贵院对公益项目的鼎力支持。

中国初级卫生保健基金会
费凡掌控-前列腺癌患者援助项目办公室
二〇二一年十一月一日

项目确认函

我院同意加入中国初级卫生保健基金会“费凡掌控-前列腺癌患者援助项目”并遵循项目规定。

医院签字：

医务科负责人签字：

科室主任签字：

医院盖章：

医务科盖章：

科室盖章：

日期： 年 月 日

日期： 年 月 日

日期： 年 月 日