



瑞得新生

— 患者援助项目 —

◀◀ 低收入患者申请手册 ▶▶

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 项目材料清单
- 四 申请表单
- 五 常见问题

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。

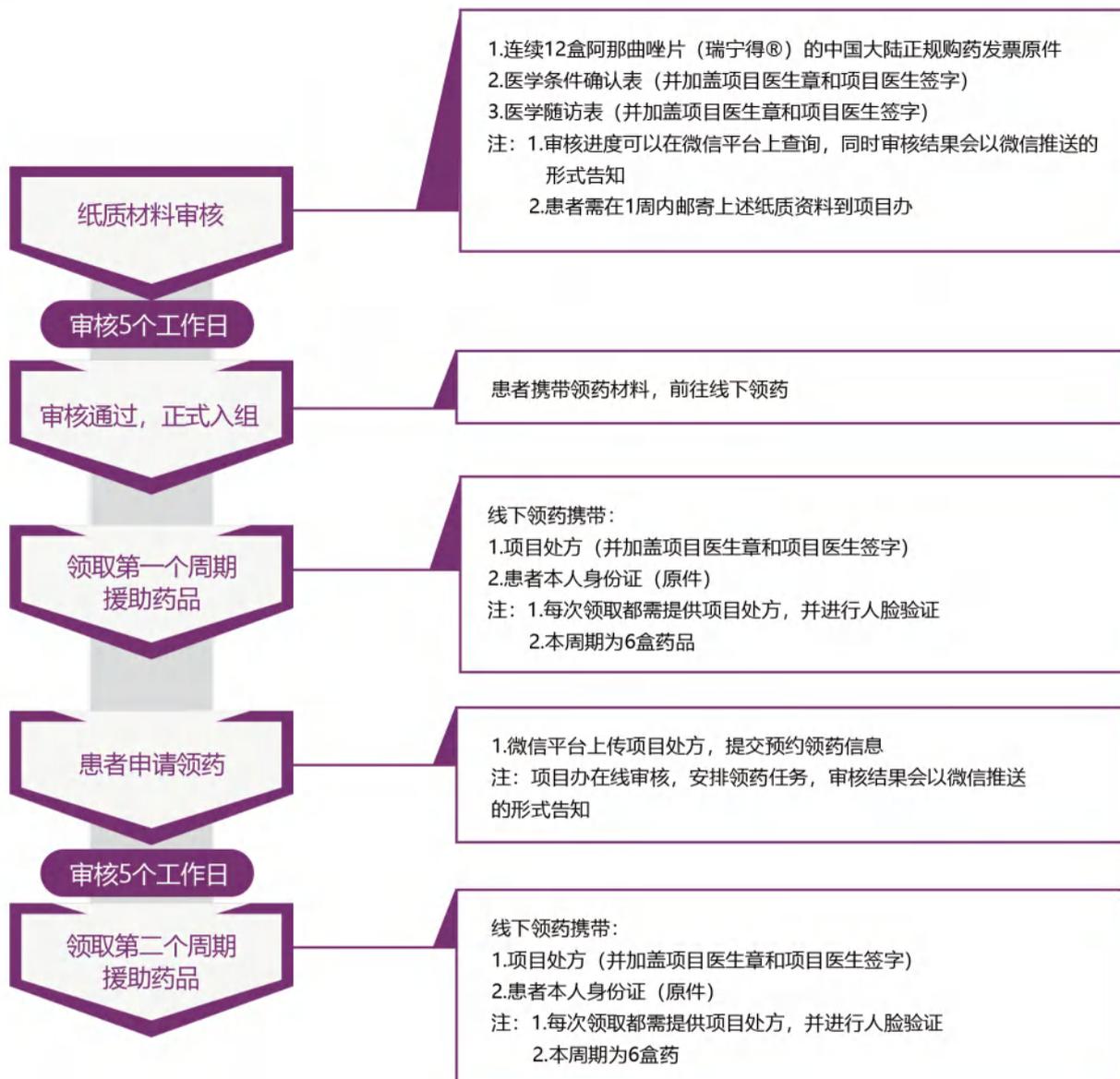
瑞得新生患者援助项目办公室

二 项目流程

低收入患者入组申请及领药流程

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 项目材料清单

低收入患者入组申请资料核对表

序号	入组申请材料名称	需要在微信平台上提交申请	预审核通过后需要邮寄纸质
1	本人照片	√	
	——线上实时拍照		
2	项目知情同意书（附表一）	√	
	——患者本人线上签字		
3	本人身份证	√	
	——正反面		
4	病理诊断凭证（用药前）	√	
	——需要项目医生签字盖项目章		
5	医学条件确认表（附表二）	√	√
	——项目医生签字盖项目专用章 ——审核通过后，1周内邮寄原件到项目办		
6	医学随访表（附表三）	√	√
	——项目医生签字盖项目专用章 ——审核通过后，1周内邮寄原件到项目办		
7	连续自行使用的 12 盒阿那曲唑片（瑞宁得®）购药发票原件	√	√
	——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） ——发票抬头必须为患者本人 ——若发票明细为西药费，需提供相应的购药明细		

低收入患者领药申请资料核对表

序号	领药材料名称	预约领药线上提交	领药时线下携带
1	项目处方（附表四）	√	√
	——项目医生签字盖项目专用章 ——领药时携带原件，提交给项目药房		
2	身份证原件		√
	——患者本人身份证原件		

序号	随访申请材料名称	需要在微信平台上提交申请	领药时线下携带
1	医学随访表（附表三）	√	√
	——项目医生签字盖项目专用章，第四次援助申请前提交 ——领药时携带原件，提交给项目药房		
2	近 180 个自然日内的乳腺 X 线摄片或胸部 CT	√	
	——项目医生签字盖项目专用章，第四次援助申请前提交		

◇ 办理申请手续注意事项

1. 材料备齐，表格填写完整才能保障审批顺利
2. 特殊情况的患者，经申请并得到项目办批准后，可更换项目医生和项目药房。
3. 医学随访表需项目医生签字盖章，请按期随访，以免延误后续领药。
4. 患者完成当次援助药品领取后，请按项目要求及时准备后续领药材料，以免延误后续领药。
5. 因项目办的邮寄地址为中国邮政注册信箱，所以申请材料仅接受中国邮政EMS。

邮寄地址：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）



四 申请表单（附表一）

中国初级卫生保健基金会 生命绿洲患者援助公益基金 瑞得新生患者援助项目 患者知情同意书

尊敬的患者朋友：

您好！

您已经被专业机构医生确诊为符合阿那曲唑片（瑞宁得®）中国适应症的绝经后早晚期乳腺癌患者。在您决定是否参加本项目之前，请仔细阅读以下内容，它可以帮助您更准确地了解本项目，以及参加本项目后可能给您带来的益处及风险。如果您愿意，您也可以和您的亲属、朋友一起讨论，或者请您的医生给予解释，帮助您做出决定是否参加本项目。

1. 项目获益

您和社会都有可能从本项目中受益。此种受益包括您将获得规范化治疗，得以提高治疗的可及性，减轻家庭和社会经济负担。

2. 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，且购药费用不纳入医保。

3. 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作用

4. 法律声明

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。



(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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。

(8) “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。

5. 终止条件

(1) 经医生确认此患者不符合此药品治疗指征或服药后无法从中获益；

(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，中断用药时长大于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；

6. 项目办公室特别声明

1) 本项目作为慈善项目，患者需自愿参加，中国初级卫生保健基金会会对患者的病情和治疗、以及患者服用的药品可能产生的所有不良反应不承担责任和义务，也不承担因此而产生的相关经济费用和责任；

2) 关于项目的任何信息，均以瑞得新生患者援助项目网站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后果承担责任。如有任何问题，请致电援助热线：01058103096 咨询（9:00-12:00,13:00-17:30 周一至周五，法定节假日除外）

7. 患者申请声明

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。如接受援助后，违反项目任何规定，被查实有任何申报不实，隐瞒等情况，同意接受中国初级卫生保健基金会“瑞得新生患者援助项目”办公室的处理决定，并承担可能出现的相应法律结果

本人承诺		
家庭年收入低于 25 万:	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
上述一切信息属实，若有任何申报不实，隐瞒等情况，同意接受“瑞得新生患者援助项目”办公室的处理决定，并承担可能出现的相应法律结果：		
	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

签名：_____ 日期：_____



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 医学条件确认表

申请人填写（必填）		此部分内容请患者如实填写	
姓名	王 XX	联系电话	136*****
身份证号	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X		
项目医院	XXX 医院	项目医生	赵 XX
项目医生填写（必填）		此部分内容请项目医生如实填写	
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：	XXXXX		
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。			



申请表单（附表三）

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。



申请表单（附表四）

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

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

项目医生签字：

项目医生盖章：

处方时间：

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。



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

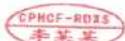
项目医生如实填写

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： 

项目医生盖章： 

处方时间： XXXXX

*本项目处方有效期 30 天，逾期无效。

*需项目医生签字盖章

第一联

基金会联



一 项目介绍

◇ 项目背景篇

1. 为什么发起“瑞得新生患者援助项目”？

为了提高中国肿瘤患者对于乳腺恶性肿瘤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。

2. 中国初级卫生保健基金会是什么组织？

中国初级卫生保健基金会（以下简称初保基金会）是中国农工民主党中央发起创办，以资助和发展基层特别是农村贫困地区初级卫生保健事业为宗旨的，具有独立法人资格的非营利性社会团体。

3. 瑞得新生患者援助项目办公室是做什么的？

为了确保本项目顺利运行，能及时把药物援助给低收入患者，中国初级卫生保健基金会专门成立了项目办，全面负责“瑞得新生患者援助项目”的实施和管理工作。

4. 援助项目申请及治疗是否收取费用？

我们是慈善援助项目，在患者申请及治疗过程中不会以任何形式收取患者及家属的任何费用。

5. 项目办公室的具体地点和工作人员姓名为何不对外公布？

为了保证项目办的工作秩序，杜绝腐败行为，本项目规定项目办工作人员不得与申请人直接接触，因此办公地点及姓名不公开。

6. 项目启动时间和截止时间是什么时候？

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

7. 港澳、台湾居民可否参加此项目？

不可以，本次援助对象必须是持有中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆患者。

◇ 申请流程篇

8. 如何判定，患者连续自行使用的32盒瑞宁得®（阿那曲唑片）的发票，能否成为有效的申请材料？

根据患者上传的发票日期进行判断。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）

9. 购药发票只显示“阿那曲唑”或“西药费”，不显示“瑞宁得”，是否有效？

医院发票显示西药费或服务费的，需提交对应购药明细清单。明细清单应当与发票存在相同业务流水号或其他编号关联性，药房发票可在“备注栏”显示“进口/阿斯利康”，作为判断。

10. 患者递交申请材料后，项目办多长时间可以回复？

项目办承诺在收到患者材料的5个工作日内回复患者，特殊情况下项目办会发公告。

11. 申请援助应该从哪个地方了解？若是填写的表单丢失，怎么办？

了解的渠道有很多，可以通过患者手册、网站、微信公众号还有咨询项目热线等渠道来了解。如果填写的表单丢失，可以在网站或微信进行下载，填写完整后，上传到项目微信公众号。

12. 项目申请中或申请成功后有疑问，可以通过什么途径了解？

周一至周五（国家法定节假日除外）9:00-12:00 或13:00-17:30，可拨打项目热线：01058103096进行咨询。

13. 患者邮寄材料到项目办，为何必须用中国邮政EMS？且邮寄地址是什么？

因为项目办的邮寄地址为中国邮政的注册信箱且具体地址不对外公开，因此通过中国邮政EMS邮寄最为安全快捷。注：不接收挂号信。

资料邮寄地址：湖北省武汉市武昌区邮政速递水果湖揽投部（瑞得新生患者援助项目）

◇ 医学材料篇

14. 检查报告单能用复印件吗？有什么要求？

原件&复印件均可，随访时需提前提供申请时前180个自然日内的影像学报告单。同时请您自行复印存档，申请资料项目组不予退还。

15. 患者提供的所有医学资料都要经过指定医生盖章吗？

是的。所有医学资料需由项目医生签字，加盖项目医生专用章。

16. 之前就诊项目医生因事无法出诊，能够更换其他项目医生？如可以更换，需要提交哪些材料？

患者可以携带本人以往病历及相关材料前往项目认可的同一家项目医院的其他项目医生就诊。

17. 医学条件确认表能否项目医生签字盖章只选其一？

不能。医学条件确认表的项目医生签字盖章必须齐全，且项目医生章需要抬头为“CPHCF-RDXS”。

18. 项目医生在医学条件确认表上面写错了怎么办？

需要项目医生在写错的地方签字及盖项目章。

◇ 领药篇

19. 援助药品是否可以由他人代领？

原则上，援助药品必须由患者本人亲自领取，不得由他人代领。

20. 领药都需要准备什么材料？

领药材料包括：患者本人身份证原件、项目处方原件。

21. 患者每次可以领取几个疗程的援助药品？

第1至4轮，患者每次只能领取6盒援助药品；第5轮，患者能领取8盒援助药品。





备注:

A large, light purple rounded rectangular area containing 18 horizontal dashed lines for writing notes.



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：01058103096

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