

# 中国初级卫生保健基金会

## 择美同行-患者援助项目 医院邀请函

致\_\_\_\_\_医院：

诚邀贵医院参加中国初级卫生保健基金会（以下简称：初保）择美同行患者援助项目，为了帮助癌症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于2022年1月在全国开展“择美同行-患者援助项目”，辉瑞公司和基石药业（涉及捐赠期间）向中国初级卫生保健基金会无偿提供援助药品舒格利单抗（择捷美®）。

援助药品：舒格利单抗（择捷美®）

援助对象：经指定医疗机构评估确认为符合舒格利单抗（择捷美®）在中国获批的适应症。

### 项目流程：

- 患者到项目医院的项目医生处就诊，由项目医生评估患者是否符合项目入组医学标准；
- 对于符合项目医学标准的患者，经项目办公室审核经济情况批准入组后，患者可以到项目指定药房领取援助的舒格利单抗（择捷美®）；
- 患者后续需由项目医生评估其用药的安全性和有效性，并开具后续用药《医学随访表》。

为了确保援助项目顺利开展，初保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：

1. 同意贵院自愿参加项目的医生作为援助项目的项目医生，负责对患者进行医学评估，确保患者的正确诊断和处方。
2. 同意遵循项目规定在出现不良事件时及时上报。

如贵院同意参加，请贵院在《医生理解备忘录》签字并加盖医院公章。感谢贵院室的鼎力支持！

中国初级卫生保健基金会  
二〇二二年一月



初

357



# 择美同行-患者援助项目

## 医生理解备忘录

尊敬的\_\_\_\_\_医生：

中国初级卫生保健基金会为了帮助癌症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，于2022年1月在全国开展“择美同行-患者援助项目”，辉瑞公司和基石药业（涉及捐赠期间）向中国初级卫生保健基金会无偿提供援助药品舒格利单抗（择捷美®）。

为确保捐赠药物给予了那些符合舒格利单抗（择捷美®）在中国获批适应症的患者，“择美同行-患者援助项目”需要您的支持，特此邀请您为项目医生。

作为项目医生，您将按照项目的规定开展工作，负责对前往贵院就诊的符合本项目医学条件的患者进行医学评估，并根据患者情况填写《医学条件确认表》、《医学随访表》、《援助项目专用处方》、发生不良事件时按项目规定及时上报。

该项目为慈善捐赠，为了保证援助药品确实捐赠至合适的患者，我们要求您严格按照项目办公室要求开展工作，不弄虚作假，不收取患者的任何好处费用。如您发现不符合中国获批适应症患者，请告知患者不符合项目医学标准无法申请援助项目。如发现您为患者提供虚假医学材料证明，项目办公室将取消医生的筛选资格，并不再接受申请。

关于该项目，您有任何问题，可以随时联系“择美同行-患者援助项目”公益专员或拨打项目热线010-56592455，公益专员/热线专员会将您的意见或建议及时反馈给项目办公室并给予您所需要的帮助。

最后，如果您接受我们的要求参与该项目，愿意成为该项目的项目医生，并完成理解项目医生的职责及要求，请您在下面的确认函中签字盖章。我们非常感谢您的爱心！

---

**参加项目确认函：**

我同意成为“择美同行-患者援助项目”项目医生，并遵循项目规定。

所工作医院名称： .....

医生姓名（正楷）： ..... 医生签字： .....

医务处（或科室章）盖章： ..... 签字日期.....年.....

月.....日



## 择美同行-患者援助项目 项目医生备案表

姓名		性别	
身份证号		年龄	
职称/职务		科室	
电话		传真	
联系地址		邮编	
所在医院		邮箱	

注：请务必仔细阅读《择美同行患者援助项目-医生理解备忘录》全部内容。为方便项目办核对患者申请材料中您的签字，如您有其他签字笔体，请在以下空白处签写：



项目医生本人签字确认（正楷）：

日期： 年 月 日

填表说明：

- 1、本表用于项目办公室备案使用，请填写真实信息。
- 2、如患者申请材料中您的签字与备案不符，项目办将暂停患者申请；待项目办与您核实并获取新的签字备案后方可恢复患者申请资格。

3、如您有任何建议或意见可联系项目办：

援助热线：010-56592455 （周一至周五 9:00-17:30，法定节假日除外）

电子邮箱：zmtx@ilvzhou.com

4、资料邮寄地址：（只接收 EMS 特快专递）

北京市 100024 信箱 59 号分箱中国初级卫生保健基金会“择美同行-患者援助项目办公室”