



# 中华慈善总会

泰圣奇（早期非小细胞肺癌）

慈善援助项目

项目手册

# 目 录

## 一、项目简介

- 1、目的
- 2、项目启动时间
- 3、项目截止时间
- 4、项目援助对象
- 5、项目援助方案
- 6、项目联系方式
- 7、项目监查

## 二、申请条件

- 1、医学条件
- 2、其他条件
- 3、终止条件

## 三、项目流程（低保患者）

- 1、流程图
- 2、注意事项

## 四、项目流程（非低保患者）

- 1、流程图
- 2、注意事项

## 五、法律声明

## 六、泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目申请资料清单

## 七、泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目患者申请表

- 1、患者告知书、患者知情同意书
- 2、申请表
- 3、再次申请表
- 4、医学条件确认表
- 5、医学随访表



# 一、项目简介

## 目的

中华慈善总会接受罗氏公司的捐赠，设立了“泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目”。该项目旨在帮助符合泰圣奇中国适应症的早期非小细胞肺癌患者减轻经济负担，使那些因经济原因无法继续接受治疗的早期非小细胞肺癌患者获得泰圣奇药品援助。

## 项目启动时间

2023年8月

## 项目截止时间

援助药品发放完毕，项目自动结束，将不再接受患者申请。已成功入组患者的援助药品领取将不受项目结束影响。如果因不可抗力或因特殊原因必须停止援助，项目办公室会提前通过项目网站、微信公众号、短信等渠道告知公众。

## 项目援助对象

本人知晓自己患早期非小细胞肺癌，经项目医务志愿者评估确认为符合泰圣奇早期非小细胞肺癌适应症且经济困难的患者（低保患者须享有低保待遇至少一年）。

## 项目援助方案

### ➤ 低保患者

本人知晓自己患早期非小细胞肺癌，经项目医务志愿者评估确认符合泰圣奇早期非小细胞肺癌适应症的低保患者，无偿援助泰圣奇药品，直至患者不符合项目继续援助的标准或累计援助16次（1盒/次）或本项目全面终止。

### ➤ 非低保患者

本人知晓自己患早期非小细胞肺癌，经项目医务志愿者评估确认为符合泰圣奇早期非小细胞肺癌适应症且经济困难的患者，可获得泰圣奇药品援助，直至患者不符合项目继续援助的标准或本项目全面终止。

#### 第一阶段

患者在连续接受2次（1盒/次）泰圣奇治疗后，经审批符合项目经济和医学标准的可获得泰圣奇药品援助，可获得最多不超过3次（1盒/次）的泰圣奇援助药品。

#### 第二阶段

第一阶段援助结束后，如仍需接受泰圣奇治疗，患者可再次连续接受2次（1盒/次）泰圣奇治疗后，经项目审批通过后，可继续获得泰圣奇药品援助，直至患者不符合项目继续援助的标准或本项目全面终止。

\* 以上援助方案（第一阶段+第二阶段），患者累计接受泰圣奇药品治疗最多不超过16次（1盒/次）。

## 项目联系方式

项目热线：400-026-8100

工作时间：周一至周五 9:00-12:00, 13:00-17:00（法定节假日除外）



邮政信箱：北京100034-27信箱（只接收邮政快递EMS）

项目网站：<https://tpap.yao2000.com.cn>

E-mail: taishengqi@vip.sina.cn

## 项目监督

项目办公室对获援助患者定期进行抽查，核对个人信息和病历资料。如果拒绝接受核查或经核查发现任何医学条件或经济条件不符将立即停止援助。

\*请务必保留所有相关医学资料（病历、病理、影像学检查报告及原片）。

## 二、申请条件

### 医学条件

患者诊断为早期非小细胞肺癌，经项目医务志愿者评估确认患者符合泰圣奇早期非小细胞肺癌适应症（泰圣奇早期非小细胞肺癌适应症：单药用于检测评估为 $\geq 1\%$ 肿瘤细胞（TC）PD-L1染色阳性、经手术切除、以铂类为基础化疗之后的II-III期非小细胞肺癌患者的辅助治疗）。

\*依据国际抗癌联盟/美国癌症联合会分期系统第7版。

### 其他条件

- 1、本项目援助对象为持中华人民共和国居民身份证/军人证的患者。
- 2、患者需按自身实际情况提供泰圣奇慈善援助项目申请表。
- 3、低保患者需享受低保待遇至少一年，并提供低保证复印件（发证机关盖章）及至少一年的最低生活保障金领取记录复印件（政府部门盖章）。

### 终止条件

#### 如有以下情况之一者援助自动停止

- 1、患者使用泰圣奇已经疾病复发/进展。
- 2、累计接受泰圣奇治疗16次的患者。
- 3、因妊娠、严重毒副反应、发生新生肿瘤或其他原因，需要停止泰圣奇治疗的患者。
- 4、患者或法律监护人/亲属要求停止继续使用泰圣奇治疗。
- 5、不能按照项目要求到医务志愿者处进行定期随访的患者。
- 6、不能按照项目规定时间提供医学资料的患者。
- 7、患者提供任何虚假不实的医学或经济证明。
- 8、拒绝接受项目核查的患者。
- 9、患者将援助药品出售或转赠其他人。
- 10、患者死亡。
- 11、因不可抗力或因特殊原因必须停止援助项目。



### 三、项目流程（低保患者）

#### 申请援助

患者通过微信平台线上提交申请。

项目办公室线上审核并通过。

#### 邮寄纸质资料

患者通过 EMS 邮寄经济及医学纸质资料至项目办公室。

项目办公室线下审核并通过

#### 领取援助药品

本药品为冷链药品，在领取援助药品后，请务必置于冰包中，并尽快到输注点完成输注。

#### ➤ 经济资料

- 申请表
- 申请人身份证正反面复印件
- 户口簿复印件（患者本人、配偶户口簿首页及信息页，22 周岁及以下未婚患者还需提供父母户口簿信息页）
- 低保证复印件（发证机关盖章）
- 至少一年最低生活保障金领取记录复印件（政府部门盖章）
- 患者知情同意书

#### ➤ 医学资料

- 医学条件确认表
- 肺/胸部 CT 检查报告  
\*如肿瘤复发/转移，需同时提交复发/转移部位影像学报告
- 病理报告  
\*如病理报告中未体现 PD-L1 表达，则需同时提交 PD-L1 检测阳性的报告

#### 患者本人到场并携带以下证件及资料：

- 患者本人身份证
- 泰圣奇慈善援助项目专用处方笺
- 冰包  
\*患者现场签署冷藏链产品保存知情同意书

#### 定期随访

患者定期至项目医务志愿者处随访，随访后将随访资料上传微信平台。

项目办公室线上审核并通过。

#### 邮寄纸质资料

患者通过 EMS 邮寄纸质资料至项目办公室。

项目办公室线下审核并通过。

#### 领取援助药品

因本药品为冷链药品，在领取援助药品后，请务必置于冰包中，并尽快到输注点完成输注。

- 医学随访表
- 肺/胸部 CT 检查报告  
\*如肿瘤复发/转移，需同时提交复发/转移部位影像学报告

#### 患者本人到场并携带以下证件及资料：

- 患者本人身份证
- 泰圣奇慈善援助项目专用处方笺
- 冰包
- 上一次援助药品用药记录，包含以下资料：
  - 1、援助药品使用记录
  - 2、输注证明（出院记录/门诊病历/注射单等）

备注：对于低保患者无偿援助泰圣奇药品，直至患者不符合项目继续援助的标准或累计援助 16 次（1 盒/次）或本项目全面终止。

每  
3  
个  
月  
进  
行  
随  
访



# 注意事项

## 申请援助

- 1、申请援助时，需提交申请表及医学条件确认表。
- 2、医学条件确认表需项目医务志愿者签字并盖章。
- 3、需提交近3个月内的肺/胸部影像学检查报告，如肿瘤复发/转移，需同时提交复发/转移部位影像学报告。
- 4、医学资料如不能提供原件，可提供复印件并加盖医院公章或医院病案复印专用章或项目医务志愿者专用章。

## 定期随访

- 1、领取援助药品的患者，需每3个月到医务志愿者处进行随访并填写医学随访表。
- 2、医学随访表需医务志愿者签字并盖章。
- 3、每3个月提交一次肺/胸部影像学检查报告，如肿瘤复发/转移，需同时提交复发/转移部位影像学报告。
- 4、超过2个月未按时领药并且不主动向项目办公室做任何说明的患者，将视作自动放弃受助资格。
- 5、医学资料如不能提供原件，可提供复印件并加盖医院公章或医院病案复印专用章或项目医务志愿者专用章。

## 领取药品

- 1、首次领取援助药品时，患者本人需携带身份证原件、项目专用处方笺、冰包并现场签署冷藏链产品保存知情同意书。
- 2、后续领取援助药品时，患者本人需携带身份证原件、项目专用处方笺、冰包及援助药品用药记录。
- 3、由于泰圣奇为冷藏链药品，保存条件为摄氏2度至8度，患者需自行准备符合冷藏链药品条件的冰包。
- 4、上一次援助药品用药记录包含援助药品使用记录及输注证明。输注证明需体现患者姓名、援助药品名称和用药时间的相关记录，不限于出院记录、门诊病历、注射单等。
- 5、医学资料如不能提供原件，可提供复印件并加盖医院公章或医院病案复印专用章或项目医务志愿者专用章。

## 申请审核

- 1、申请由中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目办公室审核，项目办公室有权拒绝不符合条件的申请。
- 2、除项目流程规定的申请资料以外，项目办公室有权根据患者具体情况要求患者提交更多的证明资料。
- 3、如提交资料不齐全，患者需补齐资料，以EMS的方式邮寄至“北京100034-27信箱”。

## 本项目最终解释权归中华慈善总会所有

中华慈善总会对患者信息将严格保密，患者的信息将不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理，执行和审计以及患者户籍或医保所在地相关政府部门。





## 四、项目流程（非低保患者）

### 申请援助

接受 2 次泰圣奇治疗的患者，通过微信平台线上提交申请。

项目办公室线上审核并通过。

### 邮寄纸质资料

患者通过 EMS 邮寄经济及医学纸质资料至项目办公室。

项目办公室线下审核并通过。

### 领取援助药品

本药品为冷链药品，在领取援助药品后，请务必置于冰包中，并尽快到输注点完成输注。

### 定期随访

患者定期至项目医务志愿者处随访，随访后将随访资料上传微信平台。

项目办公室线上审核并通过。

### 邮寄纸质资料

患者通过 EMS 邮寄纸质资料至项目办公室。

项目办公室线下审核并通过。

### 领取援助药品

因本药品为冷链药品，在领取援助药品后，请务必置于冰包中，并尽快到输注点完成输注。

#### ➤ 经济资料

- 申请表
- 申请人身份证正反面复印件
- 户口簿复印件（患者本人、配偶户口簿首页及信息页，22 周岁及以下未婚患者还需提供父母户口簿信息页）
- 患者知情同意书
- 资产证明（资产证明清单详见申请资料清单）  
对于拥有以下任意一项高额资产的，需要按如下要求申报：
  - a) 高档房产（请写明房屋地址、建筑面积、产权所有人）
  - b) 高档汽车（请写明品牌型号、购买时间、购买价格）
  - c) 金融资产（包括存款、股票、基金、债券等，请写明填报时金额）
  - d) 私营企业（请注明公司名称、成立时间、注册资本）

#### ➤ 医学资料

- 医学条件确认表
- 肺/胸部 CT 检查报告  
\*如肿瘤复发/转移，需同时提交复发/转移部位影像学报告。
- 病理报告  
\*如病理报告中未体现 PD-L1 表达，则需同时提交 PD-L1 检测阳性的报告。
- 泰圣奇的发票原件/清单

#### 患者本人到场并携带以下证件及资料：

- 患者本人身份证
- 泰圣奇慈善援助项目专用处方笺
- 冰包  
\*患者现场签署冷藏链产品保存知情同意书

- 医学随访表
- 肺/胸部 CT 检查报告  
\*如肿瘤复发/转移，需同时提交复发/转移部位影像学报告

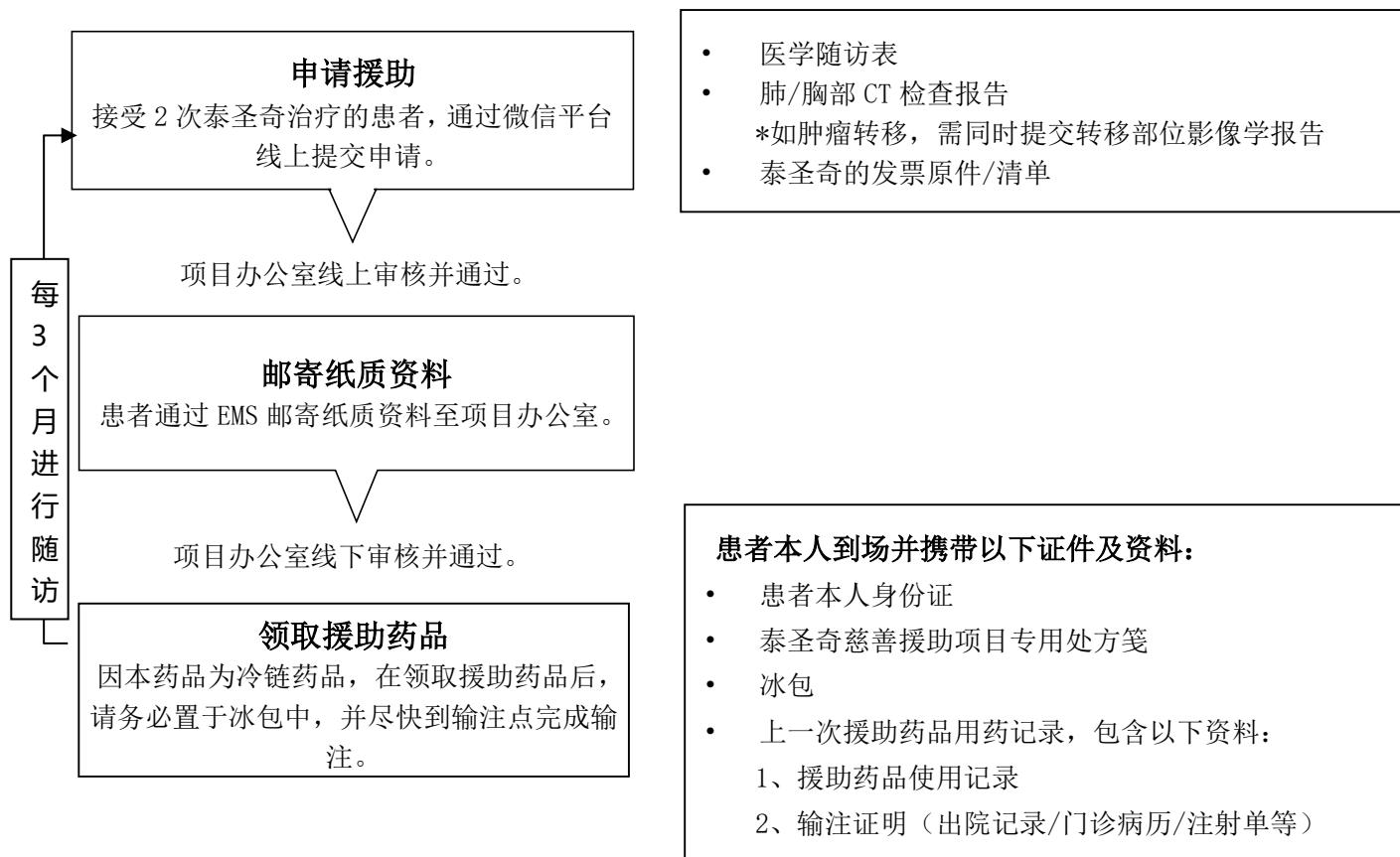
#### 患者本人到场并携带以下证件及资料：

- 患者本人身份证
- 泰圣奇慈善援助项目专用处方笺
- 冰包
- 上一次援助药品用药记录，包含以下资料：
  - 1、援助药品使用记录
  - 2、输注证明（出院记录/门诊病历/注射单等）

每 3 个月进行随访



## 第二阶段(2+PD)



\* 以上援助方案（第一阶段+第二阶段），患者累计接受泰圣奇药品治疗最多不超过16次（1盒/次）。





# 注意事项

## 申请援助

- 1、申请援助时，需提交申请表及医学条件确认表。
- 2、医学条件确认表需项目医务志愿者签字并盖章。
- 3、需提交近3个月内的肺/胸部影像学检查报告，如肿瘤复发/转移，需同时提交复发/转移部位影像学报告。
- 4、发票抬头需是申请人身份证上的姓名，如原始发票中相关信息未显示购买药品的名称、单价、数量等，需提供相应的购药明细清单，清单金额与日期需与发票一致。发票及清单请勿粘贴。
- 5、医学资料如不能提供原件，可提供复印件并加盖医院公章或医院病案复印专用章或项目医务志愿者专用章。

## 定期随访

- 1、领取援助药品的患者，需每3个月到医务志愿者处进行随访并填写医学随访表。
- 2、医学随访表需医务志愿者签字并盖章。
- 3、每3个月提交一次肺/胸部影像学检查报告，如肿瘤复发/转移，需同时提交复发/转移部位影像学报告。
- 4、超过2个月未按时领药并且不主动向项目办公室做任何说明的患者，将视作自动放弃受助资格。
- 5、医学资料如不能提供原件，可提供复印件并加盖医院公章或医院病案复印专用章或项目医务志愿者专用章。

## 领取药品

- 1、首次领取援助药品时，患者本人需携带身份证原件、项目专用处方笺、冰包并现场签署冷藏链产品保存知情同意书。
- 2、后续领取援助药品时，患者本人需携带身份证原件、项目专用处方笺、冰包及援助药品用药记录。
- 3、由于泰圣奇为冷藏链药品，保存条件为摄氏2度至8度，患者需自行准备符合冷藏链药品条件的冰包。
- 4、上一次援助药品用药记录包含援助药品使用记录及输注证明。输注证明需体现患者姓名、援助药品名称和用药时间的相关记录，不限于出院记录、门诊病历、注射单等。
- 5、医学资料如不能提供原件，可提供复印件并加盖医院公章或医院病案复印专用章或项目医务志愿者专用章。

## 申请审核

- 1、申请由中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目办公室审核，项目办公室有权拒绝不符合条件的申请。
- 2、除项目流程规定的申请资料以外，项目办公室有权根据患者具体情况要求患者提交更多的证明资料。
- 3、如提交资料不齐全，患者需补齐资料，以EMS的方式邮寄至“北京100034-27信箱”。

## 本项目最终解释权归中华慈善总会所有

中华慈善总会对患者信息将严格保密，患者的信息将不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理，执行和审计以及患者户籍或医保所在地相关政府部门查询。



## 五、法律声明

泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目一切解释权归中华慈善总会所有，本项目为自愿报名形式。



## 六、泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目 申请资料清单

第一阶段-申请资料	
经济资料	1、申请表 * 低保患者除项目申请表外还需提供以下资料： • 低保证复印件（发证机关盖章） • 至少一年最低生活保障金领取记录复印件（政府部门盖章）
	2、申请人身份证反面复印件
	3、患者家庭户口簿复印件（注：患者本人、配偶户口簿信息页，22 周岁及以下未婚患者还需提供父母户口簿信息页）
	4、资产证明 对于拥有以下任意一项高额资产的, 需要按如下要求申报： a) 高档房产（请写明房屋地址、建筑面积、产权所有人） b) 高档汽车（请写明品牌型号、购买时间、购买价格） c) 金融资产（包括存款、股票、基金、债券等，请写明填报时金额） d) 私营企业（请注明公司名称、成立时间、注册资本）
	5、患者知情同意书
医学资料	1、医学条件确认表
	2、肺/胸部 CT 检查报告 *如肿瘤复发/转移，需同时提交复发/转移部位影像学报告
	3、病理报告 *如病理报告中未体现 PD-L1 表达，则需同时提交 PD-L1 检测阳性的报告
	4、泰圣奇的发票原件/清单
第一阶段-随访资料	
随访资料	1、医学随访表
	2、肺/胸部 CT 检查报告 *如肿瘤复发/转移，需同时提交复发/转移部位影像学报告



第二阶段-申请资料	
医学资料	1、医学随访表
	2、肺/胸部 CT 检查报告 *如肿瘤复发/转移，需同时提交复发/转移部位影像学报告
	3、泰圣奇的发票原件/清单
第二阶段-随访资料	
医学资料	1、医学随访表
	2、肺/胸部 CT 检查报告 *如肿瘤复发/转移，需同时提交复发/转移部位影像学报告

注意事项：

- 1、医学资料如不能提供原件，可提供复印件并加盖医院公章或医院病案复印专用章或项目医务志愿者专用章。
- 2、所有纸质资料请勿粘贴。
- 3、患者需用签字笔或钢笔逐栏正楷填写，不得涂改或漏填。
- 4、表格可由患者本人或直系亲属填写，其中患者签字部分必须由患者本人签字。
- 5、上述医学资料要求的时间，均以医学报告的时间为准。

## 七、泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目患者申请表



# 中华慈善总会泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目

## 患者告知书

中华慈善总会接受罗氏公司的捐赠，设立了“泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目”。该项目旨在帮助符合泰圣奇中国适应症的早期非小细胞肺癌患者减轻经济负担，使那些因经济原因无法继续接受治疗的早期非小细胞肺癌患者获得泰圣奇药品援助。

### 项目启动时间

2023年8月

### 项目截止时间

援助药品发放完毕，项目自动结束，将不再接受患者申请。已成功入组患者的援助药品领取将不受项目结束影响。如果因不可抗力或因特殊原因必须停止援助，项目办公室会提前通过项目网站、微信公众号、短信等渠道告知公众。

### 项目援助对象

本人知晓自己患早期非小细胞肺癌，经项目医务志愿者评估确认为符合泰圣奇早期非小细胞肺癌适应症且经济困难的患者（低保患者须享有低保待遇至少一年）。

### 项目援助方案

#### ➤ 低保患者

本人知晓自己患早期非小细胞肺癌，经项目医务志愿者评估确认符合泰圣奇早期非小细胞肺癌适应症的低保患者，无偿援助泰圣奇药品，直至患者不符合项目继续援助的标准或累计援助16次（1盒/次）或本项目全面终止。

#### ➤ 非低保患者

本人知晓自己患早期非小细胞肺癌，经项目医务志愿者评估确认为符合泰圣奇早期非小细胞肺癌适应症且经济困难的患者，可获得泰圣奇药品援助，直至患者不符合项目继续援助的标准或本项目全面终止。

##### 第一阶段

患者在连续接受2次（1盒/次）泰圣奇治疗后，经审批符合项目经济和医学标准的可获得泰圣奇药品援助，可获得最多不超过3次（1盒/次）的泰圣奇援助药品。

##### 第二阶段

第一阶段援助结束后，如仍需接受泰圣奇治疗，患者可再次连续接受2次（1盒/次）泰圣奇治疗后，经项目审批通过后，可继续获得泰圣奇药品援助，直至患者不符合项目继续援助的标准或本项目全面终止。

\* 以上援助方案（第一阶段+第二阶段），患者累计接受泰圣奇药品治疗最多不超过16次（1盒/次）。



## 项目申请条件

### ➤ 医学条件

患者诊断为早期非小细胞肺癌，经项目医务志愿者评估确认患者符合泰圣奇早期非小细胞肺癌适应症（泰圣奇早期非小细胞肺癌适应症：单药用于检测评估为 $\geq 1\%$ 肿瘤细胞（TC）PD-L1染色阳性、经手术切除、以铂类为基础化疗之后的II-III A\*期非小细胞肺癌患者的辅助治疗）。

\*依据国际抗癌联盟/美国癌症联合会分期系统第7版。

、

### ➤ 其他条件

- 1、本项目援助对象为持中华人民共和国居民身份证/军人证的患者。
- 2、患者需按自身实际情况提供泰圣奇慈善援助项目申请表。
- 3、低保患者需享受低保待遇至少一年，并提供低保证复印件(发证机关盖章)及至少一年的最低生活保障金领取记录复印件（政府部门盖章）。

### ➤ 终止条件

#### 如有以下情况之一者援助自动停止

- 1、患者使用泰圣奇已经疾病复发/进展。
- 2、累计接受泰圣奇治疗16次的患者。
- 3、因妊娠、严重毒副反应、发生新生肿瘤或其他原因，需要停止泰圣奇治疗的患者。
- 4、患者或法律监护人/亲属要求停止继续使用泰圣奇治疗。
- 5、不能按照项目要求到医务志愿者处进行定期随访的患者。
- 6、不能按照项目规定时间提供医学资料的患者。
- 7、患者提供任何虚假不实的医学或经济证明。
- 8、拒绝接受项目核查的患者。
- 9、患者将援助药品出售或转赠其他人。
- 10、患者死亡。
- 11、因不可抗力或因特殊原因必须停止援助项目。

泰圣奇可能产生的不良反应详见药品说明书



## 项目办公室特别声明：

- 1、本项目为慈善项目，患者均需自愿参加。患者已充分理解泰圣奇治疗可能产生的所有不良反应和风险，并愿意自行承担上述不良反应和风险可能导致的所有后果。中华慈善总会不对患者的病情和治疗不承担任何法律责任和经济责任。
- 2、患者必须如实提交所有资料，凡提交虚假资料或不如实提交所需资料者，将彻底失去受助资格。
- 3、患者及家属需确保留存的联络方式畅通，以便项目办公室联系患者，如有变更，应及时告知项目办公室。如因患者及家属自身原因导致申请、援助等延误的，患者自行承担责任。
- 4、项目办公室在收到申请资料10个工作日内回复患者或家属，如果超过10个工作日未接到回复，请患者或家属务必及时致电项目热线查询。
- 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、本项目只对能够严格按照项目规定程序申请和领取药品的患者提供援助，因个人原因不能按照程序要求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。
- 7、患者必须本人到中华慈善总会指定的发药点领取援助药品，按时接受医学随访。如有任何违反项目援助规定、干扰项目办公室和发药点及医务志愿者正常工作的情况，将取消受助资格。
- 8、超过2个月未按时领药并且不主动向项目办公室做任何说明的患者，将视作自动放弃受助资格。
- 9、本项目为慈善项目，本会工作人员或医务志愿者不得对患者私自收取任何费用。如发现上述行为，请患者立即举报。如患者或其家属有向上述人员行贿的行为，项目办公室将取消其受助资格。
- 10、中华慈善总会对患者信息将严格保密，患者的信息将不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理，执行和审计以及患者户籍或医保所在地相关政府部门查询。
- 11、在配送援助药品过程中，因不可抗力或其他客观原因导致援助药品中断或延误，中华慈善总会不承担任何责任和义务。
- 12、关于本项目的任何信息均以项目办公室正式发布的信息为准，项目办公室不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。如有任何问题，请致电项目热线咨询：400-026-8100。
- 13、未按照上述项目规定执行的患者，将失去受助资格。
- 14、对申请和援助中出现的任何问题，患者应与项目办公室协商解决。协商不成，由中华慈善总会所在地法院依法判决。
- 15、中华慈善总会对项目拥有最终解释权。
- 16、涉及到用药不良事件时，在符合适用的法律法规的前提下，相关患者信息和资料会披露给药品捐赠方的药品不良反应监管部门，其可能会就此进行跟进和随访，将该信息录入到药品捐赠方的药品不良事件数据库并按照相关法律法规上报给相关法规部门。

中华慈善总会

泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目

2024年9月





---

## 中华慈善总会泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目 患者知情同意书

我自愿按程序申请中华慈善总会泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目患者告知书》的所有信息，并完全接受其中的各项约定。我承诺提供的全部资料均真实准确，愿意接受中华慈善总会的调查核实，严格遵守泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目的各项规定，愿意承担不实申报或违反项目规定导致的包括并不限于申请得不到批准或援助立即终止等后果。

我在此郑重声明，如因本人或本人亲属任何言行对泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目、中华慈善总会以及相关方造成损失，我将承担相应责任。

患者签字：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_



# 中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目 申请表——患者本人经济情况

患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 婚姻状况： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶 身份证号：_____ 联系电话：_____ 邮寄地址：_____省_____市_____					患者照片 （近期蓝色/白色背景证件照）											
<table border="1"> <tr> <td>第一联系人 姓名</td> <td></td> <td>与患者 关系</td> <td></td> <td>联系 电话</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第二联系人 姓名</td> <td></td> <td>与患者 关系</td> <td></td> <td>联系 电话</td> <td></td> </tr> </table>						第一联系人 姓名		与患者 关系		联系 电话		第二联系人 姓名		与患者 关系		联系 电话
第一联系人 姓名		与患者 关系		联系 电话												
第二联系人 姓名		与患者 关系		联系 电话												
请您勾选工作情况： <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 个体 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 工作单位名称：_____ 工作部门及职务：_____ 上一年度总收入（包括工资、奖金及其他零散收入：_____元 患者本人是否享受低保： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 低保证号：_____ 发证时间：_____ 发证单位：_____ 患者本人是否有高额资产： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 （如有高额资产请按照申请资料清单如实提供） 证明人职务：_____ 证明人联系电话：_____ 证明人签字：_____ 证明部门盖章：（公章） <div style="text-align: right;">_____年_____月_____日</div>																
患者声明： 我在此声明，已完全知晓中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目的相关信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。 <div style="text-align: right;">           患者本人签字：_____            _____年_____月_____日         </div>																
<b>以下部分无需申请人填写</b>																
中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目办公室审批意见：																

备注：

1. 此表不得空缺，不得涂改。
2. 个体经营需提供营业执照复印件。
3. 有固定工作者需目前所在单位盖章证明，临时工作、个体经营、务农、无业及其他工作者需到当地民政局或所在辖区乡镇政府、街道办事处、居委会/村委会盖章证明。



# 中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目 申请表——患者配偶及父母经济情况

## 患者配偶信息

患者配偶姓名：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

请您勾选工作情况：☐ 固定工作 ☐ 退休 ☐ 临时工作 ☐ 个体 ☐ 务农 ☐ 无业 ☐ 其他\_\_\_\_\_

工作单位名称：\_\_\_\_\_

工作部门及职务：\_\_\_\_\_

上一年度总收入（包括工资、奖金及其他零散收入：\_\_\_\_\_元

证明人职务：\_\_\_\_\_ 证明人联系电话：\_\_\_\_\_ 证明人签字：\_\_\_\_\_

证明部门盖章：（公章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 患者父亲信息

患者父亲姓名：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

请您勾选工作情况：☐ 固定工作 ☐ 退休 ☐ 临时工作 ☐ 个体 ☐ 务农 ☐ 无业 ☐ 其他\_\_\_\_\_

工作单位名称：\_\_\_\_\_

工作部门及职务：\_\_\_\_\_

上一年度总收入（包括工资、奖金及其他零散收入：\_\_\_\_\_元

证明人职务：\_\_\_\_\_ 证明人联系电话：\_\_\_\_\_ 证明人签字：\_\_\_\_\_

证明部门盖章：（公章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 患者母亲信息

患者父亲姓名：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

请您勾选工作情况：☐ 固定工作 ☐ 退休 ☐ 临时工作 ☐ 个体 ☐ 务农 ☐ 无业 ☐ 其他\_\_\_\_\_

工作单位名称：\_\_\_\_\_

工作部门及职务：\_\_\_\_\_

上一年度总收入（包括工资、奖金及其他零散收入：\_\_\_\_\_元

证明人职务：\_\_\_\_\_ 证明人联系电话：\_\_\_\_\_ 证明人签字：\_\_\_\_\_

证明部门盖章：（公章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

备注：

1. 此表不得空缺，不得涂改。
2. 22 周岁及以下未婚患者需填写父母信息。
3. 个体经营需提供营业执照复印件。
4. 有固定工作者需目前所在单位盖章证明，临时工作、个体经营、务农、无业及其他工作者需到当地民政局或所在辖区乡镇政府、街道办事处、居委会/村委会盖章证明。



# 中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目 医学条件确认表——（早期非小细胞肺癌）

患者基本信息													
姓名							年龄				性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
身份证号码													
当前治疗医院	_____省_____市_____医院												
以下内容由项目医务志愿者填写													
是否诊断为早期（II-III A 期）非小细胞肺癌							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
组织学类型							<input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> 鳞癌 <input type="checkbox"/> 其他_____						
是否接受肺癌切除手术							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
是否接受以铂类为基础的化疗							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
PD-L1 检测结果（PD-L1 ≥1%或阳性）							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
影像学疗效评估： <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD													
影像学检查报告（申请前三个月内最近一次）													
必填项 （任选其一）	<input type="checkbox"/> 肺/胸部 CT												
	<input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> 肺/胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 其他部位_____											
		*如提供全身 PET-CT，请对应勾选部位。											
选填项 （如适用）	<input type="checkbox"/> 头颅 MRI/增强 CT <input type="checkbox"/> 腹部 CT <input type="checkbox"/> 骨扫描 <input type="checkbox"/> 颈部 CT 扫描 <input type="checkbox"/> 其他 _____												
	*如肿瘤转移，需同时提交转移部位影像学报告												
<b>用药评估：</b> 体力状况评分： <input type="checkbox"/> 0 分 <input type="checkbox"/> 1 分 <input type="checkbox"/> 2 分 <input type="checkbox"/> 3 分 <input type="checkbox"/> 4 分 首次用药日期：_____年_____月_____日，用法用量：1200mg/21 天 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 患者目前完成泰圣奇治疗后疗效评估：是否出现疾病复发/转移 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 不可耐受的毒副作用（本栏如未勾选，本评估表无效）： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 *患者如有不可耐受的毒副作用，援助自动终止。													
患者在泰圣奇治疗过程中是否发生不良反应？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，_____													
是否符合泰圣奇（早期非小细胞肺癌）慈善援助项目的医学标准： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合													
是否已审阅该患者既往的医学资料做出本次诊断： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													
患者签字：				医务志愿者签字并盖章：					评估日期				

## 项目办公室特别声明：

- 1、本项目为慈善项目，患者均需自愿参加。中华慈善总会对患者的病情和治疗不承担责任和义务。
- 2、经项目医务志愿者评估，患者因为病情发生进展、不良反应等不能够从泰圣奇治疗中获得有效治疗，将终止后续援助。
- 3、中华慈善总会对患者信息将严格保密，患者的信息将不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理，执行和审计以及患者户籍或医保所在地相关政府部门查询；如获悉不良事件，有关药品的不良事件的相关信息将交由药品捐赠方按照相关法律法规规定报告给法规机构。
- 4、关于本项目的任何信息均以项目办公室正式发布的信息为准，项目办公室不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。



# 中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目 医学随访表——（早期非小细胞肺癌）

患者基本信息															
姓名							年龄				性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
身份证号码															
当前治疗医院	_____省_____市_____医院														
以下内容由项目医务志愿者填写															
影像学疗效评估： <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD															
本次随访检查报告：															
必填项 (任选其一)	<input type="checkbox"/> 肺部 CT														
	<input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> 肺部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 其他部位_____													
*如提供全身 PET-CT，请对应勾选部位。															
选填项 (如适用)	<input type="checkbox"/> 头颅 MRI/增强 CT <input type="checkbox"/> 腹部 CT <input type="checkbox"/> 骨扫描 <input type="checkbox"/> 颈部 CT 扫描 <input type="checkbox"/> 其他 _____														
	*如肿瘤转移，需同时提交转移部位影像学报告														
<b>用药评估：</b>  体力状况评分： <input type="checkbox"/> 0 分 <input type="checkbox"/> 1 分 <input type="checkbox"/> 2 分 <input type="checkbox"/> 3 分 <input type="checkbox"/> 4 分  患者目前完成泰圣奇治疗后疗效评估：是否出现疾病复发/转移 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  不可耐受的毒副作用（本栏如未勾选，本评估表无效）： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无  *患者如有不可耐受的毒副作用，援助自动终止。															
患者在泰圣奇治疗过程中是否发生不良反应？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，_____															
<b>目前治疗：</b>  使用泰圣奇临床评估是否有效： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  同意患者继续使用泰圣奇治疗： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____															
用法用量：1200mg/21 天 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否															
患者签字：				医务志愿者签字并盖章：						评估日期					

## 项目办公室特别声明：

- 1、本项目为慈善项目，患者均需自愿参加。中华慈善总会对患者的病情和治疗不承担责任和义务。
- 2、经项目医务志愿者评估，患者因为病情发生进展、不良反应等不能够从泰圣奇治疗中获得有效治疗，将终止后续援助。
- 3、中华慈善总会对患者信息将严格保密，患者的信息将不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理，执行和审计以及患者户籍或医保所在地相关政府部门查询；如获悉不良事件，有关药品的不良事件的相关信息将交由药品捐赠方按照相关法律法规规定报告给法规机构。
- 4、关于本项目的任何信息均以项目办公室正式发布的信息为准，项目办公室不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。





扫码关注



扫码关注

项目热线：400-026-8100

邮政信箱：北京 100034-27 信箱

项目网站：<https://tpap.yao2000.com.cn>

E-mail: [taishengqi@vip.sina.cn](mailto:taishengqi@vip.sina.cn)