

维爱安宁-患者关爱项目 患者手册

2023年7月

目录

一、维爱安宁-患者关爱项目	3
项目背景	3
项目周期	3
项目对象	3
项目监察	3
法律声明	3
联系方式	4
二、药品援助项目	4
申请条件	5
援助方案	5
终止条件	5
项目流程	6
注意事项	6
申请表单	7
填写示例	15
三、检查费用援助项目	17
申请条件	17
援助方案	17
终止条件	17
项目流程	17
注意事项	18
相关表单	19
四、药物使用监测项目	22
项目方案	22
终止条件	22
项目流程	22
申请表单	23

一、维爱安宁-患者关爱项目

项目背景

为了减轻患者及其家庭的经济负担，促进患者接受标准化诊疗，早日康复，改善生活质量，中国初级卫生保健基金会发起“维爱安宁-患者关爱项目”，包括药品援助项目、检查费用援助项目、药物使用监测项目。

项目周期

2023年7月-援助药品/资金发放完毕，项目自动结束将不再接受患者申请。

项目对象

符合项目要求的十二指肠溃疡患者40名，胃溃疡患者40名，反流性食管炎患者40名。

项目监察

项目办公室对患者援助情况定期进行抽查，核对个人信息和医学资料，如发现与事实不符将立即停止援助。

法律声明

1、本项目为公益援助项目，患者自愿参加。本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提供援助，因个人原因不能按照项目规定申请和领取的患者将自行承担因此产生的后果。

2、患者及家属须知晓患者的真实病情，患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，及时接受治疗。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。

3、本项目为公益援助项目，患者需自愿参加，中国初级卫生保健基金会对患者的病情和治疗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。

4、对于收集的患者生物学信息，基金会将严格按照《中华人民共和国网络安全法》、《中华人民共和国个人信息保护法》的相关规定，保护患者的个人信息，除了根据国家法律法规、监管规定，需要披露患者的个人信息以外，基金会不会对外公开披露所获得的患者的个人信息。基金会将采用一切合理的技术和组织安全措施来保护患者的个人信息不会遭受窃取、滥用、丢失。

5、对于患者的个人信息及医学资料（患者信息和资料），基金会将严格保密，不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理、执行、审计和药物经济学分析。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、基金会指定机构外，不会披露给其他第三方。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上市许可持有人的药物警戒部门，其可能会就

此进行跟进和随访，将该等信息录入到药品上市许可持有人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。

6、患者及家属应积极配合，保持与项目办公室的联络畅通，主动拨打项目热线电话咨询。因患者自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担 responsibility。

7、患者或其家属因特殊情况影响项目办正常工作，影响项目药房及项目医院正常工作，情节严重者，项目办将取消其受助资格。

8、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。

9、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，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。

10、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。

联系方式

援助热线：010-58103403（工作时间：周一至周五 9:00-12:00，13:00-17:30，法定节假日除外）

项目邮箱：waanpap@ilvzhou.com

项目信箱：北京市 100024 信箱 59 号分箱中国初级卫生保健基金会“维爱安宁-患者关爱项目办公室”（只接收 EMS 特快专递）



扫一扫

关注“2023 维爱安宁患者关爱项目”微信公众号

1、通过微信公众号了解项目、查询项目合作机构以及申请进度。

2、患者通过微信公众号在线申请，可在申请阶段提交申请材料等。

二、药品援助项目

申请条件

1. 基本条件

- ①持有中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆患者。
- ②知晓并同意遵守项目相关规定且自愿按程序申请。

2. 医学条件

①经医学评估确认符合兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）在中国获批适应症（十二指肠溃疡/胃溃疡/反流性食管炎）且需要进行兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）治疗的患者。

②符合经内镜诊断：活动期（A1 或 A2 期）良性十二指肠溃疡、胃溃疡，最大径不超过 20mm；反流性食管炎，洛杉矶分级 A-D 级的患者。

③最近 1 月未应用抑酸药治疗的患者。

④不存在对试验药物过敏的情况；不同时使用硫酸阿扎那韦、盐酸利匹韦林、奈非那韦；不合并严重肝肾功能不全等其他重大疾病；不处于妊娠期且无其他禁忌症的患者。

援助方案

满足项目基本条件的患者，经医学评估确认符合项目医学条件，经项目办审核通过后，可获得兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）援助药品。

如患者确诊为十二指肠溃疡可获得 6 盒援助，如患者确诊为胃溃疡可获得 8 盒援助，如患者确诊为反流性食管炎可获得 8 盒援助。

注：

①项目对象：符合项目要求的十二指肠溃疡患者 40 名，胃溃疡患者 40 名，反流性食管炎患者 40 名。

②兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）使用剂量遵循说明书用法。

③申请援助期间，建议患者按期用药，合理安排医学评估时间。

终止条件

1. 患者去世。

2. 由项目医生根据检查结果评估判断患者不适合继续使用兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）。

3. 经项目医生评估患者使用兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）出现不可耐受的不良反应，或出现需永久停药的不良反应。

4. 患者自动放弃援助资格。

5. 患者将援助药品出售或转赠他人。

6. 患者在项目申请及受助期间，违反项目规定。

7. 患者及家属提供不实的医学、身份证明等资料。

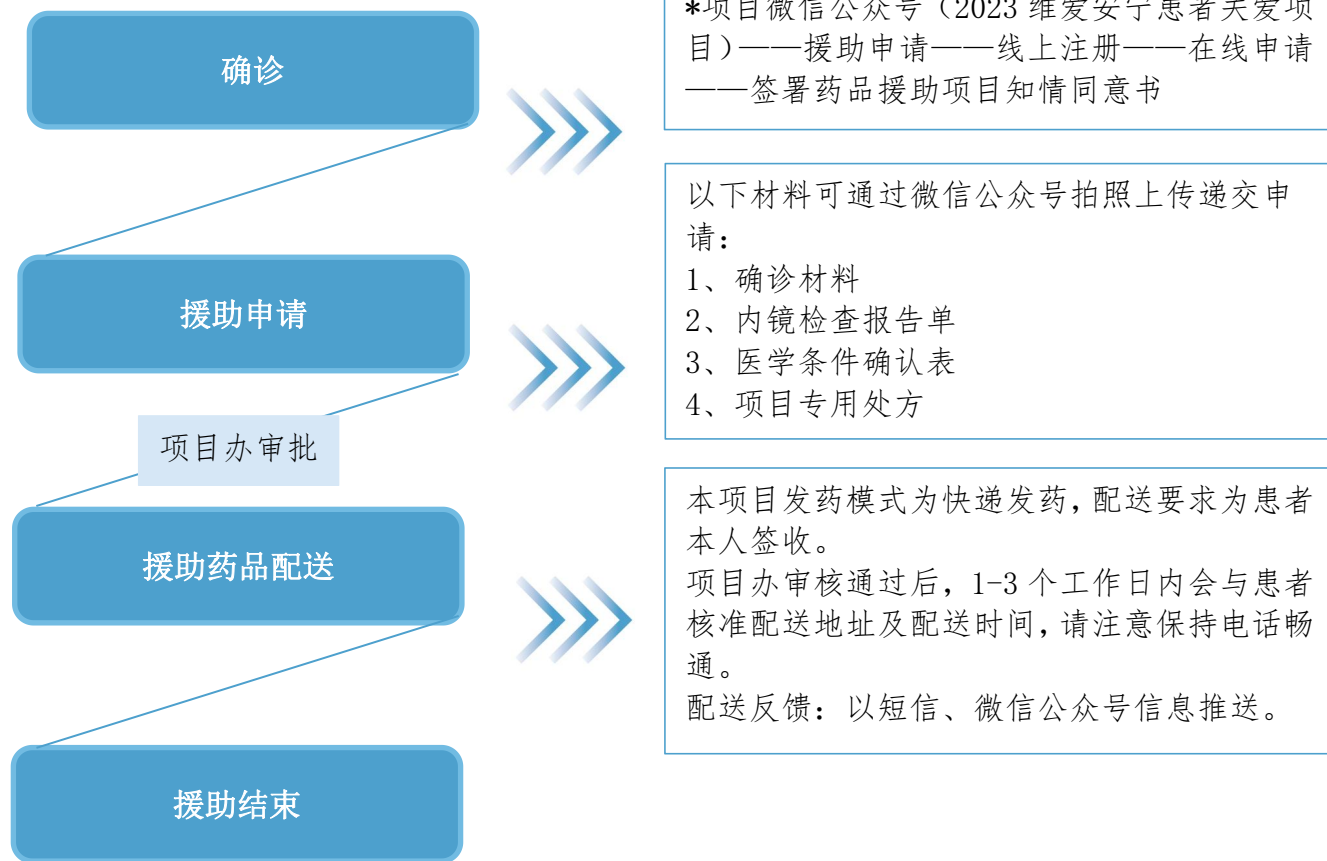
8. 患者及家属不能配合项目办或审计抽查或抽查结果不合格。

9. 患者及家属严重干扰中国初级卫生保健基金会、项目药房及药师、项目医生等项目相关人员正常工作秩序，或为了得到项目援助，向上述机构或人员行贿的。

10. 因不可抗力因素（如国家政策变化、捐赠方政策调整、自然灾害、发生重大公共卫生事件等）导致项目无法继续开展。

11. 已过项目申请截止时间，或未到申请截止时间但援助已经发放完毕。

项目流程



注意事项

1. 项目材料清单及要求

材料清单	材料要求
患者本人身份证照片	注册完成后，按流程对身份证正反面拍照提交。
项目知情同意书	线上仔细阅读相关条款，由患者本人正楷签署并提交。
确诊材料	①需提供体现确诊活动期（A1 或 A2 期）良性十二指肠溃疡、胃溃疡，最大径不超过 20mm；反流性食管炎，洛杉矶分级 A-D 级的相关材料。 ②此材料需由项目医生签字并盖项目医生章方为有效。
内镜检查报告单	①为患者本人报告单。 ②此材料需由项目医生签字并盖项目医生章方为有效。

医学条件确认表	①参考样表按实际情况如实填写。 ②此材料需由项目医生签字并盖项目医生章方为有效。 ③医生评估时间距项目办审核时间不超 1 个月。
项目专用处方	①处方有效时限为 1 个月，需在处方有效期内领取完援助药品。 ②此材料需填写完整，并由项目医生签字并盖项目医生章方为有效。

2. 申请进度可在微信公众号进度查询，如以上渠道未公布相关信息，请致电项目热线咨询。一般项目办在患者上传申请材料后的 3 日内审核并通知患者审核结果。

3. 项目办公室将对患者资料进度登记、审核并保存；如因提交延时或资料不全影响治疗，患者自行承担相关责任。

4. 患者在收到援助药品后，需自行寄回援助药品空药盒至项目药房，如未返还将影响后续检查费用援助项目的申请。

申请表单

维爱安宁-患者关爱项目-药品援助项目

项目知情同意书

亲爱的患者：

在您决定是否参加维爱安宁-患者关爱项目之前，请仔细阅读以下内容，它可以帮助您更准确的了解项目，以及参加本项目可能带来的益处及风险。如您愿意，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。

为了减轻患者及其家庭的经济负担，促进患者接受标准化诊疗，早日康复，改善生活质量，中国初级卫生保健基金会发起“维爱安宁-患者关爱项目”，包括药品援助项目、检查费用援助项目、药物使用监测项目。

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，您的病情有可能获得最大限度的改善，减轻家庭经济负担，改善生活质量。

2、兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）治疗可能产生的不良反应

本项目所用兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）已获得国家药品监督管理局批准并在临床使用，兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）的不良反应详见说明书，请详细阅读兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）药品说明书并咨询项目医生。因此，基金会对由于药品及治疗原因产生的一切后果不承担任何责任。

3、法律声明

1) 本项目为公益援助项目，患者自愿参加。本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提供援助，因个人原因不能按照项目规定申请和领取的患者将自行承担因此产生的后果。

2) 患者及家属须知晓患者的真实病情，患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，及时接受治疗。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。

3) 本项目为公益项目，患者需自愿参加，中国初级卫生保健基金会对患者的病情和治疗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。

4) 对于收集的患者生物学信息，基金会将严格按照《中华人民共和国网络安全法》、《中华人民共和国个人信息保护法》的相关规定，保护患者的个人信息，除了根据国家法律法规、监管规定，需要披露患者的个人信息以外，基金会不会对外公开披露所

获得的患者的个人信息。基金会将采用一切合理的技术和组织安全措施来保护患者的个人信息不会遭受窃取、滥用、丢失。

5) 对于患者的个人信息及医学资料（患者信息和资料），基金会将严格保密，不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理、执行、审计和药物经济学分析。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、基金会指定机构外，不会披露给其他第三方。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上市许可持有人的药物警戒部门，其可能会就此进行跟进和随访，将该等信息录入到药品上市许可持有人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。

6) 患者及家属应积极配合，保持与项目办公室的联络畅通，主动拨打项目热线电话咨询。因患者自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担 responsibility。

7) 患者或其家属因特殊情况影响项目办正常工作，影响项目药房及项目医院正常工作，情节严重者，项目办将取消其受助资格。

8) 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。

9) 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，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。

10) 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。

4、申请条件

➤ 基本条件

- 1) 持有中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆患者；
- 2) 知晓并同意遵守项目相关规定且自愿按程序申请；

➤ 医学条件

1) 经医学评估确认符合兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）在中国获批适应症（十二指肠溃疡/胃溃疡/反流性食管炎）且需要进行兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）治疗的患者；

2) 符合经内镜诊断：活动期（A1 或 A2 期）良性十二指肠溃疡、胃溃疡，最大径不超过 20mm；反流性食管炎，洛杉矶分级 A-D 级的患者；

3) 最近 1 月未应用抑酸药治疗的患者；

4) 不存在对试验药物过敏的情况；不同时使用硫酸阿扎那韦、盐酸利匹韦林、奈非那韦；不合并严重肝肾功能不全等其他重大疾病；不处于妊娠期且无其他禁忌症的患者。

5、项目终止条件

已经获得援助的患者在出现以下任何一个情况时，将自动退出项目；

- 1) 患者去世。
- 2) 由项目医生根据检查结果评估判断患者不适合继续使用兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）。
- 3) 经项目医生评估患者使用兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）出现不可耐受的不良反应，或出现需永久停药的不良反应。
- 4) 患者自动放弃援助资格。
- 5) 患者将援助药品出售或转赠他人。
- 6) 患者在项目申请及受助期间，违反项目规定。
- 7) 患者及家属提供不实的医学、身份证明等资料。
- 8) 患者及家属不能配合项目办或审计抽查或抽查结果不合格。
- 9) 患者及家属严重干扰中国初级卫生保健基金会、项目药房及药师、项目医生等项目相关人员正常工作秩序，或为了得到项目援助，向上述机构或人员行贿的。
- 10) 因不可抗力因素（如国家政策变化、捐赠方政策调整、自然灾害、发生重大公共卫生事件等）导致项目无法继续开展
- 11) 已过项目申请截止时间，或未到申请截止时间但援助已经发放完毕。

6、项目办公室特别声明

1) 本项目为公益援助项目，唯一目的是为减少患者在治疗过程中使用兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）的经济负担，项目不收取患者的任何费用，援助不附加任何其他条件、援助药品不可以在市场上销售。

2) 本项目为公益援助项目，患者自愿参加。本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提供援助，因个人原因不能按照项目规定申请和领取的患者将自行承担因此产生的后果。

3) 患者及家属须知晓患者的真实病情，患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，及时接受治疗。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) 本项目为公益援助项目，患者需自愿参加，中国初级卫生保健基金会对患者的病情和治疗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。

5) 参加维爱安宁-患者关爱项目药品援助项目即代表同意参与药物使用监测项目，同意项目医生在使用援助药品期间对药物使用情况进行监测。

6) 您已知悉兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）在中国获批适应症，请自行登入

项目微信公众号注册，请仔细阅读《项目知情同意书》并在微信公众号上亲自签署姓名和日期，验证本人申请身份信息。请您知悉，没有任何网站是绝对安全的，建议妥善保管账号。如发现自己的个人信息泄密，尤其是账户发送泄露，请患者及时和项目办联系。

7) 您与医生沟通确认需要使用兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）治疗后，即可准备申请材料材料，材料明细及要求可参考《项目材料清单及要求》。

8) 如您符合项目医学条件，项目医生为您开具《医学条件确认表》《项目专用处方》并在医学材料上签字盖项目医生章，即可提交正式申请，材料明细及要求可参考《项目材料清单及要求》。

9) 项目办公室会在患者资料齐全，并核实通过后 3 日内通知您审核结果。

10) 因每个患者具体情况不同可能会补充其他证明材料，以项目办通知为准。

11) 您因任何原因退出项目时、请您及时将未使用的兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）慈善援助药品交回至发药地点。凡倒卖、转赠慈善援助药品的中国初级卫生保健基金会会有权追究患者的相应责任。

12) 在申请、受助期间，您及家属应该保持联系方式畅通，同时主动拨打热线电话咨询，患者联系方式变更时，应及时通知项目办。凡是自身因素导致沟通不畅、提交材料不合格。准备时间过长等因素，造成患者用药中断、受助延误、病情进展等结果，中国初级卫生保健基金会不承担任何责任。

13) 本项目发药模式为快递发药，您本人自愿发起援助药品配送服务需求，援助药品配送要求签收人为您本人，如需修改配送地址及配送时间，须在配送日期前 1-3 个工作日致电项目办服务热线，项目办核准确定后再联系项目药房进行配送服务安排。

14) 援助药品自快递员取货成功时视为已发放完毕，一旦援助药品离开项目药房，发生的丢失、破损、失效等一切后果，由患者自行承担。

15) 患者在收到援助药品后，需自行寄回援助药品空药盒至项目药房，如未返还将影响后续检查费用援助项目的申请。

16) 项目办公室将对患者资料进行登记、审核并保存；如因提交延时或资料不全影响治疗，患者自行承担相关责任。

17) 慈善援助药品配送或发放过程中，因不可抗力原因导致药品中断或延误，中国初级卫生保健基金会不承担任何责任。

18) 因不可抗力导致的患者无法得到援助的，中国初级卫生保健基金会不承担任何责任。

19) 关于项目的任何信息，均以“2023 维爱安宁患者关爱项目”微信公众号发布

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，请致电咨询：010-58103403（工作时间：周一至周五 9:00-12:00，13:00-17:30，法定节假日除外）

20) 所有治疗都可能有风险，由于本项目是一项患者援助项目，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。

21) 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。

7、您的申请声明

我已阅读《维爱安宁-患者关爱项目-药品援助项目-项目知情同意书》和药品说明书，而且就本项目与项目医生、家人进行详细讨论并提出问题，我提出的顾虑都得到了满意的解决。我充分理解并愿意承担兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）所有的不良反应，以及因此而产生的相关经济费用和责任。我确认已经有充足时间对此进行考虑。

我决定同意参加本项目，同意保证严格遵守该项目的相关规定，自愿按程序申请援助药品，并遵从医嘱，同意项目办查阅我的项目资料。我理解项目性质，并同意不因本人在用药或治疗过程中可能产生的不良反应要求中国初级卫生保健基金会或项目捐赠方承担责任和义务。

患者正楷签字（本人）：_____

日期：_____

维爱安宁-患者关爱项目-药品援助项目

医学条件确认表

申请人填写			
姓名		身份证号	
项目医生填写			
病史与诊断	经医学评估确认为：（勾选）		
	活动期（A1 或 A2 期）良性十二指肠溃疡，最大径不超过 20mm	<input type="checkbox"/>	是
	活动期（A1 或 A2 期）胃溃疡，最大径不超过 20mm	<input type="checkbox"/>	是
	反流性食管炎，洛杉矶分级 A-D 级	<input type="checkbox"/>	是
治疗方案	是否适合兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）治疗	<input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
	最近 1 月是否应用抑酸药治疗	<input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
	不存在对试验药物过敏的情况；不同时使用硫酸阿扎那韦、盐酸利匹韦林、奈非那韦；不合并严重肝肾功能不全等其他重大疾病；不处于妊娠期且无其他禁忌症	<input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
项目医生已审阅并认可的医学材料：			
<input type="checkbox"/> 确诊材料 <input type="checkbox"/> 内镜检查报告单 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
注：需由项目医生签字并加盖项目医生章。			
项目医生处方意见			
*注：作为项目医生，特此确认：已审阅该患者过去的病历记录、检查报告作出本次诊断。			
评估该患者是否符合兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）在中国获批的适应症并可使用该药品进行治疗。 <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</div>			
项目医生签字		项目医生盖章	
填表日期 (请勾选)	年份：2023 年 2024 年 2025 年		
	月份：1 月 2 月 3 月 4 月 5 月 6 月 7 月 8 月 9 月 10 月 11 月 12 月		
	日期：1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
备注： 请准确、完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成此表格作废，建议尽量使用统一笔色的签字笔进行填写，该材料距审核通过有效期 1 个月。			

维爱安宁-患者关爱项目-药品援助项目

项目专用处方

申请人填写											
姓名						身份证号					
项目医生填写											
病史与诊断	经医学评估确认为：（勾选） 活动期（A1 或 A2 期）良性十二指肠溃疡，最大径不超过 20mm <input type="checkbox"/>是 活动期（A1 或 A2 期）胃溃疡，最大径不超过 20mm <input type="checkbox"/>是 反流性食管炎，洛杉矶分级 A-D 级 <input type="checkbox"/>是										
项目医生处方意见											
*注：作为项目医生，特此确认：已审阅该患者过去的病历记录、检查报告作出本次诊断。											
<p>评估该患者是否符合兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）在中国获批的适应症并可使用该药品进行治疗。</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>RP:</p> <p>兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）援助规格及盒数</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 7 粒/盒 * 6 盒</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 7 粒/盒 * 8 盒</p>											
项目医生签字						项目医生盖章					
填表日期 (请勾选)	年份：2023 年 2024 年 2025 年										
	月份：1 月 2 月 3 月 4 月 5 月 6 月 7 月 8 月 9 月 10 月 11 月 12 月										
	日期：1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										
备注： 请准确、完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成此表格作废，建议尽量使用统一笔色的签字笔进行填写，该材料距审核通过有效期 1 个月。 须在有效期内领取完毕援助药品，若已过处方有效期，领药前需重新开具。											

填写示例

维爱安宁-患者关爱项目-药品援助项目

医学条件确认表

申请人填写			
姓名	姓名	身份证号	123456199001010023
项目医生填写			
病史与诊断	经医学评估确认为：（勾选）		
	活动期（A1 或 A2 期）良性十二指肠溃疡，最大径不超过 20mm	<input checked="" type="checkbox"/> 是	
	活动期（A1 或 A2 期）胃溃疡，最大径不超过 20mm	<input type="checkbox"/> 是	
	反流性食管炎，洛杉矶分级 A-D 级	<input type="checkbox"/> 是	
治疗方案	是否适合兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）治疗	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	最近 1 月是否应用抑酸药治疗	<input type="checkbox"/> 是	<input checked="" type="checkbox"/> 否
	不存在对试验药物过敏的情况；不同时使用硫酸阿扎那韦、盐酸利匹韦林、奈非那韦；不合并严重肝肾功能不全等其他重大疾病；不处于妊娠期且无其他禁忌症		
		<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
项目医生已审阅并认可的医学材料：			
<input checked="" type="checkbox"/> 确诊材料 <input checked="" type="checkbox"/> 内镜检查报告单 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
注：需由项目医生签字并加盖项目医生章。			
项目医生处方意见			
*注：作为项目医生，特此确认：已审阅该患者过去的病历记录、检查报告作出本次诊断。			
评估该患者是否符合兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）在中国获批的适应症并可使用该药品进行治疗。			
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
项目医生签字	姓名	项目医生盖章	项目医生章
填表日期 (请勾选)	年份：2023 年 <input checked="" type="checkbox"/> 2024 年 <input type="checkbox"/> 2025 年 <input type="checkbox"/>		
	月份：1 月 <input type="checkbox"/> 2 月 <input type="checkbox"/> 3 月 <input type="checkbox"/> 4 月 <input type="checkbox"/> 5 月 <input type="checkbox"/> 6 月 <input type="checkbox"/> 7 月 <input checked="" type="checkbox"/> 8 月 <input type="checkbox"/> 9 月 <input type="checkbox"/> 10 月 <input type="checkbox"/> 11 月 <input type="checkbox"/> 12 月 <input type="checkbox"/>		
	日期：1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input checked="" type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/>		
备注： 请准确、完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成此表格作废，建议尽量使用统一笔色的签字笔进行填写，该材料距审核通过有效期 1 个月。			

维爱安宁-患者关爱项目-药品援助项目
项目专用处方

申请人填写			
姓名	姓名	身份证号	123456199001010023
项目医生填写			
病史与诊断	经医学评估确认为：（勾选）		
	活动期（A1 或 A2 期）良性十二指肠溃疡，最大径不超过 20mm	<input checked="" type="checkbox"/>	是
	活动期（A1 或 A2 期）胃溃疡，最大径不超过 20mm	<input type="checkbox"/>	是
	反流性食管炎，洛杉矶分级 A-D 级	<input type="checkbox"/>	是
项目医生处方意见			
*注：作为项目医生，特此确认：已审阅该患者过去的病历记录、检查报告作出本次诊断。			
评估该患者是否符合兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）在中国获批的适应症并可使用该药品进行治疗。			
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
RP:			
兰索拉唑碳酸氢钠胶囊（信维宁®）援助规格及盒数			
<input checked="" type="checkbox"/> 7 粒/盒 * 6 盒			
<input type="checkbox"/> 7 粒/盒 * 8 盒			
项目医生签字	姓名	项目医生盖章	项目医生章
填表日期 (请勾选)	年份：2023 年 <input checked="" type="checkbox"/> 2024 年 <input type="checkbox"/> 2025 年 <input type="checkbox"/>		
	月份：1 月 <input type="checkbox"/> 2 月 <input type="checkbox"/> 3 月 <input type="checkbox"/> 4 月 <input type="checkbox"/> 5 月 <input type="checkbox"/> 6 月 <input type="checkbox"/> 7 月 <input checked="" type="checkbox"/> 8 月 <input type="checkbox"/> 9 月 <input type="checkbox"/> 10 月 <input type="checkbox"/> 11 月 <input type="checkbox"/> 12 月 <input type="checkbox"/>		
	日期：1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input checked="" type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/>		
备注： 请准确、完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成此表格作废，建议尽量使用统一笔色的签字笔进行填写，该材料距审核通过有效期 1 个月。 须在有效期内领取完毕援助药品，若已过处方有效期，领药前需重新开具。			

三、检查费用援助项目

申请条件

1. 药品援助项目入组患者。
2. 经医学评估确认需进行相关检查的患者。

注：

①项目对象：符合项目要求的十二指肠溃疡患者 40 名，胃溃疡患者 40 名，反流性食管炎患者 40 名。

援助方案

经医学评估确认需进行相关检查并开具检查单的药品援助项目入组患者，在完成相关检查后提供检查报告单和发票，经项目办审核批准后，可获得检查费用资金援助。

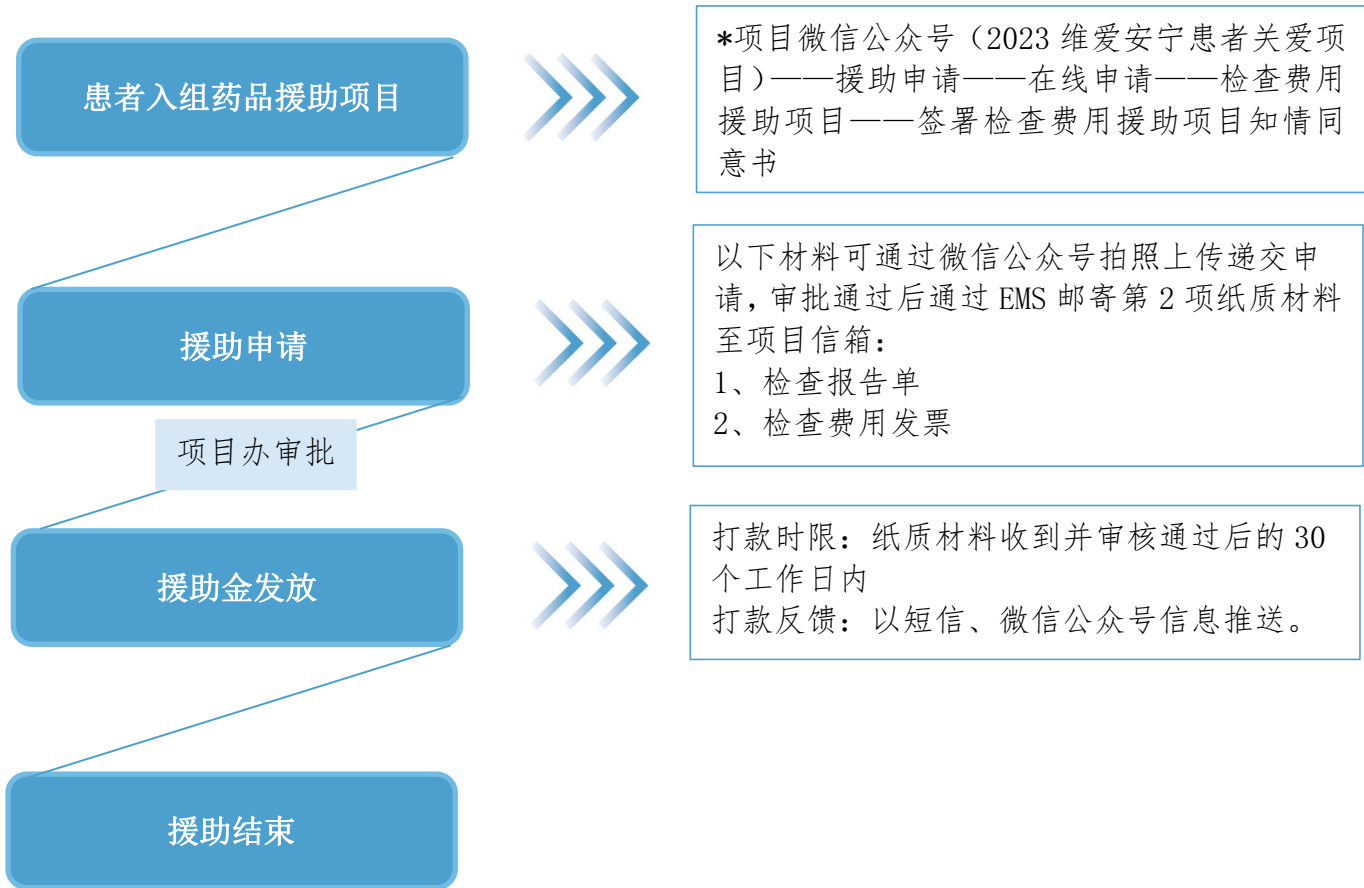
每位患者仅可申请一次，援助总金额最高不超过 2000 元，且援助金额不超过患者检查费用的实际自付金额。

*检查费用包括内镜、心电图、尿常规、血常规、肝功能、肾功能检查，其中内镜检查费用援助需完成内镜复查，否则内镜检查费用无法获得援助，每位患者最多可获得 2 次内镜检查费用援助。

终止条件

1. 患者去世。
2. 患者自动放弃援助资格。
3. 患者在项目申请及受助期间，违反项目规定。
4. 患者及家属提供不实的医学、身份证明等资料。
5. 患者及家属不能配合项目办或审计抽查或抽查结果不合格。
6. 患者及家属严重干扰中国初级卫生保健基金会、项目药房及药师、项目医生等项目相关人员正常工作秩序，或为了得到项目援助，向上述机构或人员行贿的。
7. 因不可抗力因素（如国家政策变化、捐赠方政策调整、自然灾害、发生重大公共卫生事件等）导致项目无法继续开展
8. 已过项目申请截止时间，或未到期申请截止时间但援助已经发放完毕。

项目流程



注意事项

1. 项目材料清单及要求

材料清单	材料要求
检查报告单	①检查报告单为患者本人。
检查费用发票 (线上审核通过后需邮寄纸质原件至项目信箱)	①正规渠道医院的发票。 ②发票抬头需为患者本人。 ③发票内容需写明检查费用项、实际自付金额，若没有写明，需要同时提供对应发票明细单原件或医保结算单原件。 ④提供原件，如提供复印件/照片，需在国税平台进行验证，且结果为真。

2. 申请进度可在微信公众号进度查询，如以上渠道未公布相关信息，请致电项目热线咨询。一般项目办在患者上传申请材料后的 3 日内审核并通知患者审核结果。

3. 项目办公室将对患者资料进度登记、审核并保存；如因提交延时或资料不全，影响援助金支付，患者自行承担相关责任。

4. 若患者提供的申请资料不足以满足项目申请需求，项目办公室会根据患者具体情况要求提交补充资料。

相关表单

维爱安宁-患者关爱项目-检查费用援助项目

项目知情同意书

亲爱的患者：

在您决定是否参加维爱安宁-患者关爱项目之前，请仔细阅读以下内容，它可以帮助您更准确的了解项目，以及参加本项目可能带来的益处及风险。如您愿意，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。

为了减轻患者及其家庭的经济负担，促进患者接受标准化诊疗，早日康复，改善生活质量，中国初级卫生保健基金会发起“维爱安宁-患者关爱项目”，包括药品援助项目、检查费用援助项目、药物使用监测项目。

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检查费用援助，减轻家庭经济负担。

2、法律声明

1) 本项目为公益援助项目，患者自愿参加。本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提供援助，因个人原因不能按照项目规定申请的患者将自行承担因此产生的后果。

2) 患者及家属须知晓患者的真实病情，患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，及时接受治疗。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。

3) 本项目为公益项目，患者需自愿参加，中国初级卫生保健基金会对患者的病情和治疗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。

4) 对于收集的患者生物学信息，基金会将严格按照《中华人民共和国网络安全法》、《中华人民共和国个人信息保护法》的相关规定，保护患者的个人信息，除了根据国家法律法规、监管规定，需要披露患者的个人信息以外，基金会不会对外公开披露所获得的患者的个人信息。基金会将采用一切合理的技术和组织安全措施来保护患者的个人信息不会遭受窃取、滥用、丢失。

5) 对于患者的个人信息及医学资料（患者信息和资料），基金会将严格保密，不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理、执行、审计和药物经济学分析。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、基金会指定机构外，不会披露给其他第三方。

6) 患者及家属应积极配合，保持与项目办公室的联络畅通，主动拨打项目热线电话咨询。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。

7) 患者或其家属因特殊情况影响项目办正常工作，影响项目药房及项目医院正常工作，情节严重者，项目办将取消其受助资格。

8) 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。

9) 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，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。

10) 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。

3、申请条件

1) 药品援助项目入组患者。

2) 经医学评估确认需进行相关检查的患者。

4、项目终止条件

已经获得援助的患者在出现以下任何一个情况时，将自动退出项目；

1) 患者去世。

2) 患者自动放弃援助资格。

3) 患者在项目申请及受助期间，违反项目规定。

4) 患者及家属提供不实的医学、身份证明等资料。

5) 患者及家属不能配合项目办或审计抽查或抽查结果不合格。

6) 患者及家属严重干扰中国初级卫生保健基金会、项目药房及药师、项目医生等项目相关人员正常工作秩序，或为了得到项目援助，向上述机构或人员行贿的。

7) 因不可抗力因素（如国家政策变化、捐赠方政策调整、自然灾害、发生重大公共卫生事件等）导致项目无法继续开展。

8) 已过项目申请截止时间，或未到申请截止时间但援助已经发放完毕。

6、项目办公室特别声明

1) 本项目为公益援助项目，唯一目的是为减少患者在治疗过程中的经济负担，项目不收取患者的任何费用，援助不附加任何其他条件。

2) 参加维爱安宁-患者关爱项目检查费用援助项目即代表同意参与药物使用监测项目，在使用援助药品期间同意项目医生对药物使用情况进行监测。

3) 请自行登入项目微信公众号注册，请仔细阅读《项目知情同意书》并在微信公

众号上亲自签署姓名和日期，验证本人申请身份信息。请您知悉，没有任何网站是绝对安全的，建议妥善保管账号。如发现自己的个人信息泄密，尤其是账户发送泄露，请患者及时和项目办联系。

4) 项目办公室会在患者资料齐全，并核实通过后 3 日内通知您审核结果。

5) 因每个患者具体情况不同可能会补充其他证明材料，以项目办通知为准。

6) 在申请、受助期间，您及家属应该保持联系方式畅通，同时主动拨打热线电话咨询，患者联系方式变更时，应及时通知项目办。凡是自身因素导致沟通不畅、提交材料不合格。准备时间过长等因素，造成患者受助延误等结果，中国初级卫生保健基金会不承担任何责任。

7) 项目办公室将对患者资料进行登记、审核并保存；如因提交延时或资料不全影响援助金支付，患者自行承担相关责任。

8) 因不可抗力导致的患者无法得到援助的，中国初级卫生保健基金会不承担任何责任。

9) 关于项目的任何信息，均以“2023 维爱安宁患者关爱项目”微信公众号发布的信息为准，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，请致电咨询：010-58103403（工作时间：周一至周五 9:00-12:00，13:00-17:30，法定节假日除外）

10) 所有治疗都可能有风险，由于本项目是一项患者援助项目，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。

11) 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。

8、您的申请声明

我已阅读《维爱安宁-患者关爱项目-检查费用援助项目-项目知情同意书》，而且就本项目与家人进行详细讨论并提出问题，我提出的顾虑都得到了满意的解决。我确认已经有充足时间对此进行考虑。

我决定同意参加本项目，同意保证严格遵守该项目的相关规定，自愿按程序申请援助药品，并遵从医嘱，同意项目办查阅我的项目资料。

患者正楷签字（本人）：_____

日期：_____

四、药物使用监测项目 项目方案

为了保障用药安全，所有参与维爱安宁-患者关爱项目-药物援助项目的患者均需要参与药物使用监测项目，在使用援助药品期间同意项目医生对药物使用情况进行监测，由项目医生指导患者上传就诊记录及各项检查结果。

注：

- ①项目对象：符合项目要求的十二指肠溃疡患者 40 名，胃溃疡患者 40 名，反流性食管炎患者 40 名。
- ②包含首诊及至少 1 次复诊记录，各项检查结果齐全。
- ③病历记录内容真实、完整，填写规范，无漏项和缺项。

终止条件

1. 患者去世。
2. 患者未按照项目规范或要求填写知情同意书。
3. 患者或法定监护人、直系亲属要求退出项目。
4. 因不可抗力因素（如国家政策变化、捐赠方政策调整、自然灾害、发生重大公共卫生事件等）导致项目无法继续开展。

项目流程

患者确诊



*符合项目要求的患者扫描项目医生二维码——绑定微信——创建个人信息——签署药物使用监测项目知情同意书——填写相应表单。

首次就诊记录

第 1 天用药后记录

第 1 次复诊记录

第 2 复诊记录(如有)

申请表单

维爱安宁-患者关爱项目-药物使用监测项目

项目知情同意书

亲爱的患者：

在您决定是否参加维爱安宁-患者关爱项目之前，请仔细阅读以下内容，它可以帮助您更准确的了解项目，以及参加本项目可能带来的益处及风险。如您愿意，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。

为了减轻患者及其家庭的经济负担，促进患者接受标准化诊疗，早日康复，改善生活质量，中国初级卫生保健基金会发起“维爱安宁-患者关爱项目”，包括药品援助项目、检查费用援助项目、药物使用监测项目。

1、项目获益

您可能从本项目中受益，此种受益包括您将获得规范化治疗，为您提供全疗程药物使用不良反应监测，您的病情有可能获得最大限度的改善，解决您在疾病治疗和疾病管理方面的困惑。

2、法律声明

1) 本项目为公益项目，患者自愿参加。本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提供援助，因个人原因不能按照项目规定的患者将自行承担因此产生的后果。

2) 患者及家属须知晓患者的真实病情，患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，及时接受治疗。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。

3) 本项目为公益项目，患者需自愿参加，中国初级卫生保健基金会对患者的病情和治疗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。

4) 对于收集的患者生物学信息，基金会将严格按照《中华人民共和国网络安全法》、《中华人民共和国个人信息保护法》的相关规定，保护患者的个人信息，除了根据国家法律法规、监管规定，需要披露患者的个人信息以外，基金会不会对外公开披露所获得的患者的个人信息。基金会将采用一切合理的技术和组织安全措施来保护患者的个人信息不会遭受窃取、滥用、丢失。

5) 对于患者的个人信息及医学资料（患者信息和资料），基金会将严格保密，不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理、执行、审计和药物经济学分析。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、基金会指定机构

外，不会披露给其他第三方。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上市许可持有人的药物警戒部门，其可能会就此进行跟进和随访，将该等信息录入到药品上市许可持有人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。

6) 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，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。

7) 本项目的一切解释权归中国初级卫生保健基金会所有。

3、项目终止条件

1) 患者去世。

2) 患者未按照项目规范或要求填写知情同意书。

3) 患者或法定监护人、直系亲属要求退出项目。

4) 因不可抗力因素（如国家政策变化、捐赠方政策调整、自然灾害、发生重大公共卫生事件等）导致项目无法继续开展。

4、项目办公室特别声明

1) 关于项目的任何信息，均以“2023 维爱安宁患者关爱项目”微信公众号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，请致电咨询：010-58103403（工作时间：周一至周五 9:00-12:00，13:00-17:30，法定节假日除外）

2) 本项目为公益项目，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。

3) 本项目的一切解释权归中国初级卫生保健基金会所有。

5、您的申请声明

我已阅读《维爱安宁-患者关爱项目-药物使用监测项目-项目知情同意书》，而且就本项目与项目医生、家人进行详细讨论并提出问题，我提出的顾虑都得到了满意的解决，我确认已经有充足时间对此进行考虑。

我决定同意参加本项目，同意保证严格遵守该项目的相关规定。我理解项目性质，并同意不因本人在用药或治疗过程中可能产生的不良反应要求中国初级卫生保健基金会或项目捐赠方承担责任和义务。

患者正楷签字（本人）：_____

日期：_____