



中國初級衛生保健基金會

CHINA PRIMARY HEALTH CARE FOUNDATION

安沐新生

前列腺癌患者援助项目

低收入患者手册

转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）患者

非转移性去势抵抗性前列腺癌（NM-CRPC）患者





目录

一、项目介绍	04
二、低收入患者申请流程第一阶段	06
三、低收入患者申请流程第二阶段	07
四、申请表单	
申请资料.....	09
援助申请知情同意书	11
申请人收入证明表	15
直系亲属信息表.....	17
医学条件确认表.....	19
医学随访表	21
项目处方	23
援助药品接收单.....	25
申请人收入证明表（样张）	27
直系亲属信息表（样张）	28
项目处方（样张）	29
五、常见问题	30



中國初級衛生保健基金會
CHINA PRIMARY HEALTH CARE FOUNDATION

前列腺癌患者援助项目

项目介绍

1. 项目背景

为救助因家庭贫困不能得到及时有效治疗的前列腺癌患者，中国初级卫生保健基金会于 2019 年 12 月在全国开展了“安沐新生－前列腺癌患者援助项目 I 期”，对高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌（NM-CRPC）成年患者提供阿帕他胺片（安森珂®）的援助。阿帕他胺片（安森珂®）于 2020 年 8 月在中国获批新增适应症，项目增加对符合新适应症的患者即转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）成年患者的援助。2021 年 4 月，中国初级卫生保健基金会继续援助 NM-CRPC 及 mHSPC 人群，并开展“安沐新生－前列腺癌患者援助项目 II 期”（以下简称“项目”）。

2. 项目周期

高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌（NM-CRPC）患者及转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）患者，自 2021 年 4 月－援助药品发放完毕，项目自动结束，将不再接受患者申请。

3. 申请条件

医学条件

经医学评估确认为符合阿帕他胺片（安森珂®）的适应症的患者。经过阿帕他胺片（安森珂®）持续治疗获得明确疗效且无不可耐受不良反应，但经济上无法支付持续服用阿帕他胺片（安森珂®）治疗费用的中国大陆患者。

经济条件

因家庭经济原因无法继续承担后续阿帕他胺片（安森珂®）费用。

其他条件

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；且自购使用的阿帕他胺片（安森珂®）必须是中国大陆包装。

4. 援助方案

－低收入患者

1) 符合阿帕他胺片（安森珂®）适应症的患者，遵医嘱，自行使用 2 个治疗周期后，经基金会审核通过，将获得 3 个治疗周期的药品援助，此为第一阶段援助。

即：经指定医疗机构评估为符合阿帕他胺片（安森珂®）适应症的患者，遵医嘱，自行使用阿帕他胺片（安森珂®）2 个治疗周期后，由指定医疗机构评估安全有效，经基金会审核，确认其无法继续承担药品费用，基金会最多为其援助 3 个治疗周期阿帕他胺片（安森珂®）。

2) 完成第一阶段援助后，患者遵医嘱，继续自行使用阿帕他胺片（安森珂®）援助。

即：经指定医疗机构评估将继续接受阿帕他胺片（安森珂®）治疗的患者，可遵医嘱，自行使用阿帕他胺片（安森珂®）2 个治疗周期，经基金会审核通过，将最多获得 4 个治疗周期阿帕他胺片（安森珂®）的援助。后继申请将依照此方案循环。

5. 法律声明

所有治疗都有可能有风险。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常规对患者进行治疗。

对于患者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，仅限于项目的管理、执行和审计。患者信息和资料将由主办方或项目委托执行单位保留，除卫生监管部门审查监督外或应相关政府部门的要求之外，不会披露给其他第三方。

本项目为自愿申请形式。

安沐新生－前列腺癌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。

6. 项目监察

项目办对受助患者进行抽查，核对个人信息和申请材料，如果拒绝接受核查或发现任何医学条件和经济条件不符将立即停止援助。

7. 项目联系方式

1) 援助热线：010-58103119

2) 电子邮箱：mipep@ilvzhou.com

3) 微信公众号：前腺关爱家园

4) 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
安沐新生－前列腺癌患者援助项目办（只接收 EMS 特快专递）



扫码查看安沐新生项目网页



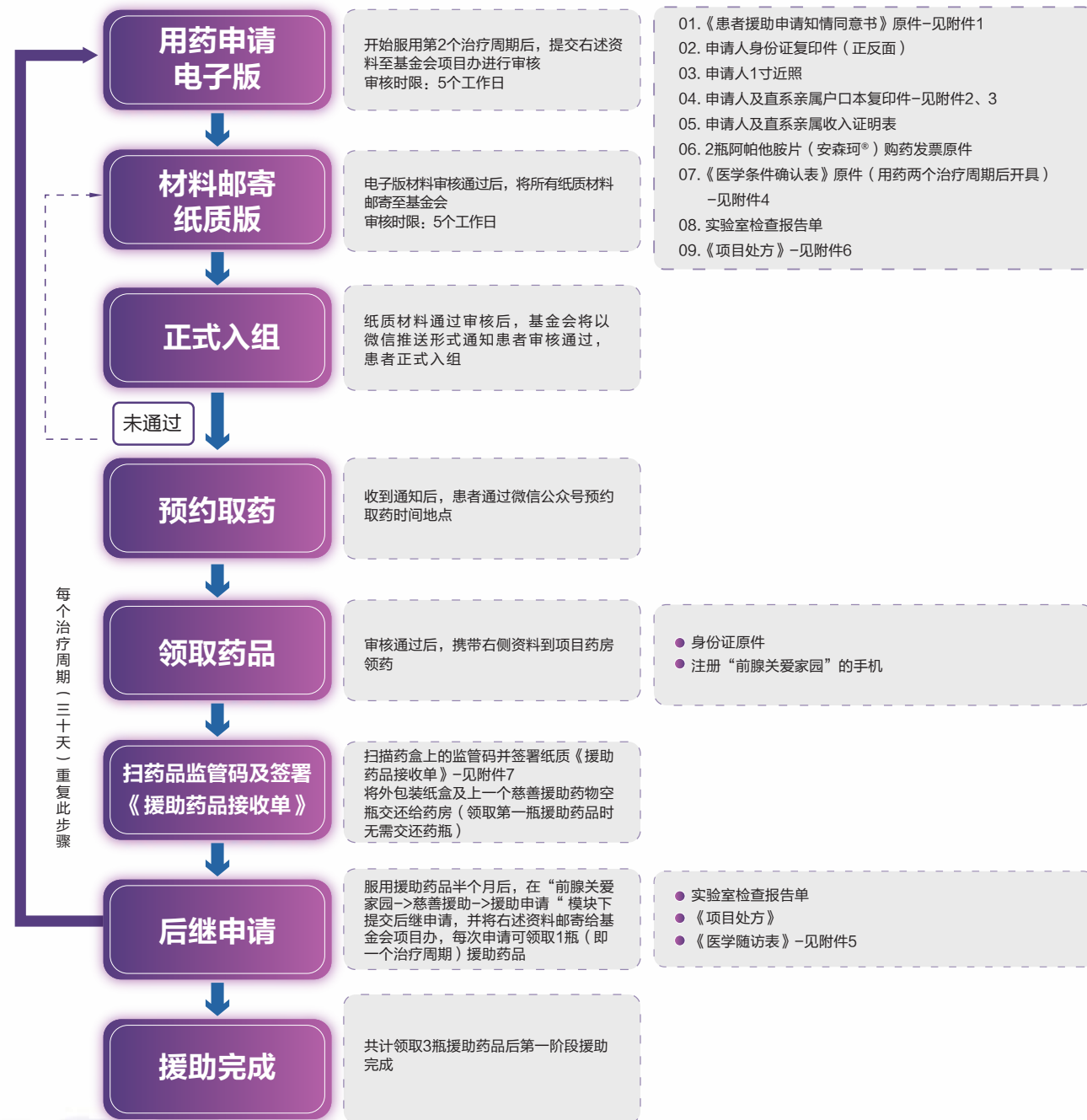
扫码关注前腺关爱家园公众号



前列腺癌患者援助项目

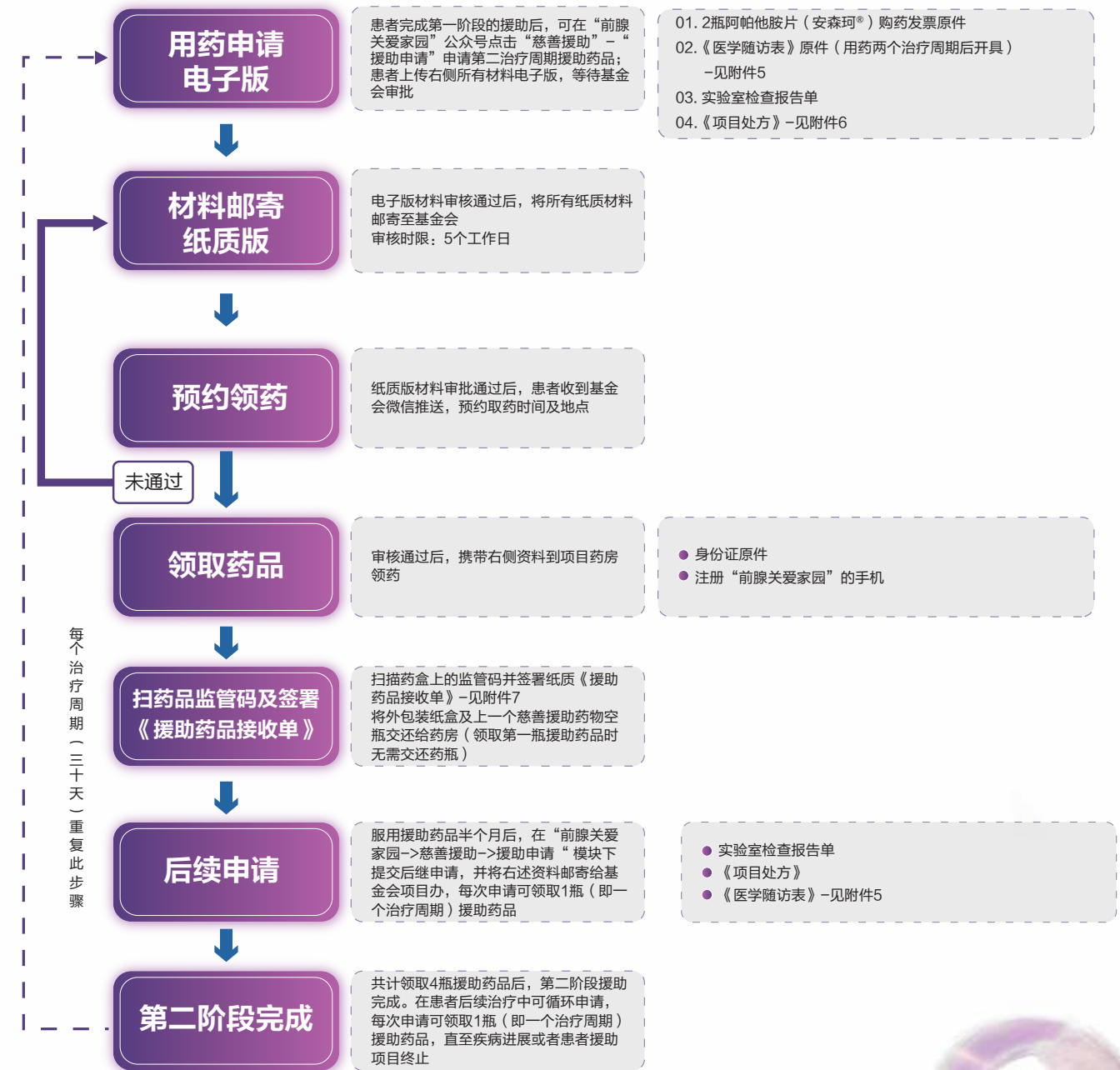
低收入患者申请流程第一阶段

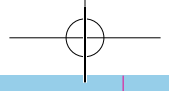
第一阶段：遵医嘱，自行使用2个治疗周期，援助3个治疗周期（每个治疗周期为30天）



低收入患者申请流程第二阶段

第二阶段：遵医嘱，自行使用2个治疗周期，援助4个治疗周期（每个治疗周期为30天），循环此援助阶段





前列腺癌患者援助项目

安沐
新生



中國初級衛生保健基金會
CHINA PRIMARY HEALTH CARE FOUNDATION

低收入患者申请资料

（所有邮寄资料都需在第一次审批时递交且不退还，如有需要，请在邮寄前自行复印）

材料项

材料要求

本人信息资料	1、申请人身份证复印件（正反面）	有效期内二代身份证正反面复印件，正反面需在同一张纸。
	2、申请人 1 寸照片	本人近期 1 寸免冠照片
	3、申请人及直系亲属户口本复印件	1) 户口页复印需清晰，应包含身份证号 2) 直系亲属定义： 已婚患者：本人、配偶、子女 未婚患者：本人、父母 3) 领药材料
	4、申请人及直系亲属收入证明表原件	参考样表按实际情况如实填写，如因收入情况不实、不齐全或造假等情况造成援助资格被取消或者断药，由患者本人承担相应后果 特殊情况说明： 1) 患者配偶：需提供配偶收入证明，患者离异，提供离异证明 2) 患者子女：未满 18 周岁，不强制提供收入证明；满 18 周岁在校学生需提供在读证明或学生证复印件；已婚子女需提供已婚证明，但不强制提供收入证明 3) 患者父母：若患者父母年满 70 周岁，不强制提供父母收入证明；患者本人未满 50 周岁，若父母死亡，需提供父母死亡证明
医学资料	5、阿帕他胺片（安森珂®）购药发票原件	1) 正规渠道医院及药店的发票 2) 购药发票抬头必须为患者本人 3) 发票内容需写明药品名称、购买数量及价格，若没有写明，需同时提供对应的购药明细单原件
	6、《医学条件确认表》原件	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专用章方为有效 3) 医生评估时间距项目办审核时间不超 2 个月
	7、实验室检查报告单原件： 1) 确诊为前列腺癌的病理报告单 2) 影像学检查 3) 睾酮检查 4) PSA 检查	1) 如为复印件需加盖医院公章、诊断证明专用章、病案复印专用章、主治医生处方章（任选一） 2) 此材料原件 / 复印件均需由项目医生签字并盖项目医生专用章方为有效 3) 睾酮、PSA 及影像学检查的时限要求，请分别参照《医学条件确认表》及《医学随访表》 注： 1. MHSPC 患者首次申请需提供病理报告单和影像学检查；后续申请只需提供 3 睾酮和 4 PSA 检查报告单； 2. NM-CRPC 患者首次需要提供全部 4 项材料；后续申请需提供 3 睾酮和 4 PSA 检查报告单；如 PSA 进展或上次检查日期超过随访表填写日期的 180 天 则需要重新提供检查日期在随访表填写日期 30 天之内的影像学检查报告单。
	8、《项目处方》	1) 处方有效时限为 1 个月，患者需在 1 个月内完成领取援助药品 2) 第一阶段后继领取援助药品的《项目处方》时间需晚于上一次援助药品领取时间 3) 此材料需填写完整，并由项目医生签字并盖项目医生专用章方为有效
申请资料	9、《医学随访表》原件（首次申请无需提供）	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专用章方为有效 3) 医生评估时间距项目办审核时间不超 2 个月
	10、《援助申请知情同意书》原件	1) 需患者本人仔细阅读后签字确认并填写确认时间 2) 确认时间需要早于医学评估时间



前列腺癌患者援助项目

附件 1

中国初级卫生保健基金会 安沐新生前列腺癌患者援助项目 援助申请知情同意书

项目背景

为救助因家庭贫困不能得到及时有效治疗的前列腺癌患者，中国初级卫生保健基金会于 2019 年 12 月在全国开展了“安沐新生－前列腺癌患者援助项目 I 期”，对高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌（NM-CRPC）成年患者提供阿帕他胺片（安森珂®）的援助。阿帕他胺片（安森珂®）于 2020 年 8 月在中国获批新增适应症，项目增加对符合新适应症的患者即转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）成年患者的援助。2021 年 4 月，中国初级卫生保健基金会继续援助 NM-CRPC 及 mHSPC 人群，并开展“安沐新生－前列腺癌患者援助项目 II 期”（以下简称“项目”）。

医学标准

经医学评估确认为符合阿帕他胺片（安森珂®）的适应症的患者。经过阿帕他胺片（安森珂®）持续治疗获得明确疗效且无不可耐受不良反应，但经济上无法支付持续服用阿帕他胺片（安森珂®）治疗费用的中国大陆患者。

经济条件

因家庭经济原因无法继续承担后续阿帕他胺片（安森珂®）费用。

其他条件

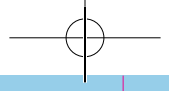
本项目援助对象为持有中华人民共和国居民身份证 / 军官证的大陆患者；且自购使用的阿帕他胺片（安森珂®）必须是中国大陆包装。

附加标准

- 1) 自愿申请加入项目。
- 2) 因家庭经济原因无法继续承担后续阿帕他胺片(安森珂®)治疗费用,即低收入家庭(家庭直系亲属包括父母、配偶和子女)的患者。
- 3) 持有中华人民共和国居民身份证 / 军官证的大陆成年居民。
- 4) 患者接受援助药品前自费使用的阿帕他胺片（安森珂®）药品必须是由中国大陆包装。

项目援助方案

－低收入患者



中國初級衛生保健基金會
CHINA PRIMARY HEALTH CARE FOUNDATION

前列腺癌患者援助项目

1) 符合阿帕他胺片（安森珂[®]）适应症的患者，遵医嘱，自行使用 2 个治疗周期后，经基金会审核通过，将获得 3 个治疗周期的药品援助，此为第一阶段援助。

即：经指定医疗机构评估为符合阿帕他胺片（安森珂[®]）适应症的患者，遵医嘱，自行使用阿帕他胺片（安森珂[®]）2 个治疗周期后，由指定医疗机构评估安全有效，经基金会审核，确认其无法继续承担药品费用，基金会最多为其援助 3 个治疗周期阿帕他胺片（安森珂[®]）。

2) 完成第一阶段援助后，患者遵医嘱，继续自行使用阿帕他胺片（安森珂[®]）援助。

即：经指定医疗机构评估将继续接受阿帕他胺片（安森珂[®]）治疗的患者，可遵医嘱，自行使用阿帕他胺片（安森珂[®]）2 个治疗周期，经基金会审核通过，将最多获得 4 个治疗周期阿帕他胺片（安森珂[®]）的援助。后继申请将依照此方案循环。

药物常见不良反应

常见临床不良反应包括疲乏、皮疹、高血压及腹泻。

其它重要不良反应包括甲状腺功能减退、缺血性心脏病、跌倒和骨折。

因发生不良反应而停用阿帕他胺治疗的，最常见的是皮疹，可用局部皮质类固醇，抗组胺药物和全身皮质类固醇进行治疗。

在开始使用阿帕他胺之前，应评估患者的骨折和跌倒风险，并根据既定的治疗指南继续监测和管理骨折，并考虑使用骨靶向药物。

如在治疗期间出现癫痫发作，应永久停用阿帕他胺。

项目退出机制（如有以下情况之一者基金会停止向其提供援助药品）

- 1) 不能按照项目要求进行定期随访和审查的患者。
- 2) 在随访中得知患者经济条件或医学条件不再符合入组标准。
- 3) 未按时服用援助药品或者没有依从阿帕他胺片（安森珂[®]）治疗方案的患者。
- 4) 将援助药品销售、交换、低价出售、与他人共享或转赠他人。
- 5) 经项目指定医师确认疾病进展后不再适合阿帕他胺片（安森珂[®]）的患者。
- 6) 经项目指定医师确认不耐受阿帕他胺片（安森珂[®]）治疗。
- 7) 患者或法律监护人 / 直系亲属自愿退出阿帕他胺片（安森珂[®]）治疗或生命终止。
- 8) 提供虚假的医学或经济证明，或隐瞒真实信息。

项目办公室特别声明

- 1) 本项目为慈善援助项目，唯一目的是为减少患者在治疗过程中使用阿帕他胺片（安森珂[®]）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，援助药品不可以市场上销售。
- 2) 您与医生沟通确认需要使用阿帕他胺片（安森珂[®]）治疗后，即可准备预约申请材料，材料明细及要求可参考《申请资料清单》。
- 3) 项目办公室会在患者资料齐全，并核实通过后 5 个工作日内通知您审核结果。
- 4) 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。
- 5) 您的申请材料由项目办公室保存，概不退还，请患者自行备份。
- 6) 您进入援助项目后每个治疗周期须亲自前往项目医生处进行随访，项目医生根据检查结果进行评估，为继续符合条件的患者开具《项目处方》/《医学随访表》。
- 7) 您因任何原因退出项目时，请您及时将剩余的阿帕他胺片（安森珂[®]）慈善援助药片交回至发药地点。凡倒卖、转赠慈善援助药品的，中国初级卫生保健基金会有权追究患者的相应责任。

8) 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、登陆项目微信公众号查询相关信息，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，造成患者服药中断。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。

9) 每个治疗周期领药前，您需将领药材料按项目要求提交至项目办进行审核，审核通过后方可领取援助药品。

10) 患者必须按照项目要求携带齐全领药材料，患者必须本人到指定发药点领取援助药品，非本人亲自领取需按代领要求领取，严禁多领、提前领药，若违反相应要求，中国初级卫生保健基金会有权不发放药品。

11) 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，影响下一个治疗周期，患者自行承担相关责任。

12) 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，项目办不承担任何责任。

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

14) 关于项目的任何信息，均以“安沐新生－前列腺癌患者援助项目”官网或官方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的申请人承担责任，如有任何问题，请致电咨询：010-58103119（周一至周五 9:00-17:30，法定节假日除外）。

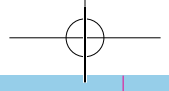
您的申请声明

我已阅读《中国初级卫生保健基金会安沐新生－前列腺癌患者援助项目患者知情同意书》，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。我充分理解并愿意承担阿帕他胺片（安森珂[®]）可能出现的不良反应，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，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。

患者签字：

（需患者本人签字）

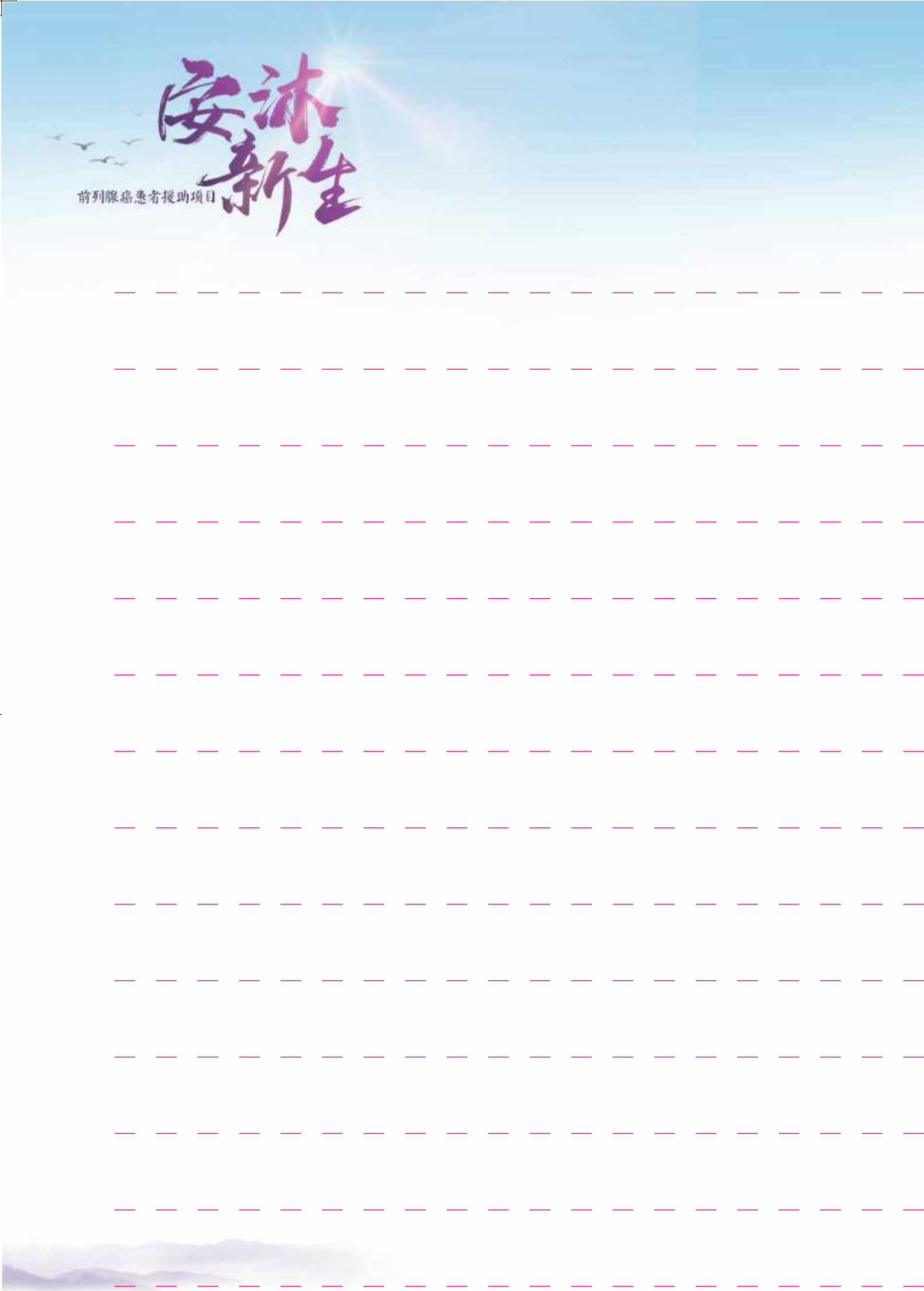
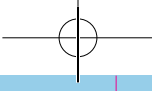
日期：



附件 2

申请人收入证明表

申请人基本情况	
申请人姓名：_____ 年龄：_____ 性 别：_____ 婚姻状况：_____	贴照片处 1. 患者本人 1 寸近照 2. 加盖患者所在单位或街道办事处或居委会骑缝章
联系电话 1：_____ 联系电话 2：_____	
现 居 住 地：_____ 省 _____ 市 _____ 区 _____	
工作单位填写部分	
工作单位名称：_____	
工作单位地址：_____	
工作部门：_____ 职务：_____ 工作时间：_____ 年至 _____ 年	
上一年度收入：_____ 元 (含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等)	
证明人职务：_____ 办公电话(固话)：_____	
证明人签字：_____ 证明部门盖章：_____	
证 明 日 期：_____	
患者申请情况说明	
(患者声明)我在此声明，已完全知晓中国初级卫生保健基金会安沐新生-前列腺癌患者援助项目的相关信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按照程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。	
填表人签字：_____ 申请人签字：_____	
日期：_____	
当地政府部门填写(申请人所在地民政部门、居委会或街道办事处)	
当地政府部门核准申请人家庭经济困难，无能力支付阿帕他胺片(安森珂®)药品费用	
是 ☐ 否 ☐	
(当地政府部门公章)	
经办人签字：_____	联系电话(固话)：_____
经办人职务：_____	日期：_____



附件 3

直系亲属信息表

申请人直系亲属信息（可复印）	
家属姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 与患者关系：_____	
手机号码：_____ 座机号码：_____	
工作单位名称：_____	
工作单位地址：_____	
工作部门：_____ 职务：_____ 工作时间：_____ 年至_____ 年	
上一年度收入：_____	
（含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等）_____ 元	
证明人职务：_____ 办公电话（固话）：_____	
证明人签字：_____ 单位盖章：_____	
证明日期：_____	

申请人直系亲属信息（可复印）	
家属姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 与患者关系：_____	
手机号码：_____ 座机号码：_____	
工作单位名称：_____	
工作单位地址：_____	
工作部门：_____ 职务：_____ 工作时间：_____ 年至_____ 年	
上一年度收入：_____	
（含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等）_____ 元	
证明人职务：_____ 办公电话（固话）：_____	
证明人签字：_____ 单位盖章：_____	
证明日期：_____	

注：以上样本表格复印有效。

直系亲属为：申请人的父母、子女及配偶。

证明人为：证明单位相关负责人。单位盖章为：单位人事部门。

个体经营需提供营业执照复印件及半年的完税证明。



前列腺癌患者援助项目

附件 4

医学条件确认表

转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）患者

申请人填写						
姓名		年龄		本人联系方式		
身份证号				家属联系方式		
项目医院				项目医生		
项目医生填写						
病史与诊断	疾病诊断				疾病确诊时间	
	是否有转移	☐ 是 ☐ 否				
	是否内分泌治疗敏感	☐ 是 ☐ 否				
治疗情况	有无使用阿帕他胺（安森珂®）的禁忌症？ ☐ 有 ☐ 无					
	是否开始使用阿帕他胺（安森珂®）？	☐ 是 ☐ 否	治疗剂量	_____mg/天	开始使用日期	_____年____月____日
检查报告单	检查项目	时间要求		是否提交		
	病理报告单	无要求		☐ 是 ☐ 否		
	影像学检查（骨扫描检查、核磁检查或 PET CT 等检查结果显示转移，均符合要求）	要求：检查日期在用药前		☐ 是 ☐ 否		
	备注：以上检查报告单均需符合时间要求，并提供原件或复印件加盖院方章。					
项目医生处方意见						
该患者符合本项目医学条件，建议使用阿帕他胺（安森珂®）治疗，治疗剂量_____mg/天						
项目医生签字：_____						
项目医生盖章：_____						
填表日期：_____年____月____日						
备注：附上相应报告单原件/复印件，同时项目医生签字并盖项目专用章，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、涂改等）造成此表格作废。本表自项目医生签字日期起，2 个月内有效。						

附件 4

医学条件确认表

高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌（NM-CRPC）患者

申请人填写						
姓名		年龄		本人联系方式		
身份证号				家属联系方式		
项目医院				项目医生		
项目医生填写						
病史与诊断	疾病诊断				疾病确诊时间	
	是否有转移	☐ 是 ☐ 否				
	是否去势抵抗	☐ 是 ☐ 否				
	是否维持去势状态	☐ 是（ ☐ 手术 ☐ 药物） ☐ 否				
治疗情况	有无使用阿帕他胺（安森珂®）的禁忌症？ ☐ 有 ☐ 无					
	是否开始使用阿帕他胺（安森珂®）？	☐ 是 ☐ 否	治疗剂量	_____mg/天	开始使用日期	_____年____月____日
检查报告单	检查项目	时间要求		是否提交		
	病理报告单	无要求		☐ 是 ☐ 否		
	影像学检查（骨扫描检查或 PET CT 检查结果为阴性均符合要求；若结果不同则以骨扫描为准）	要求：检查日期在用药前 90 天内		☐ 是 ☐ 否		
	睾酮检查	要求：检查日期在填表日期 90 天内		☐ 是 ☐ 否		
	PSA 检查	PSA 检查要求：最近一次检查日期在填表日期 30 天内		☐ 是 ☐ 否		
	备注：以上检查报告单均需符合时间要求，并提供原件或复印件加盖院方章。					
项目医生处方意见						
该患者符合本项目医学条件，建议使用阿帕他胺（安森珂®）治疗，治疗剂量_____mg/天						
项目医生签字：_____						
项目医生盖章：_____						
填表日期：_____年____月____日						
备注：附上相应报告单原件/复印件，同时项目医生签字并盖项目专用章，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、涂改等）造成此表格作废。本表自项目医生签字日期起，2 个月内有效。						



附件 5

医学随访表

转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）患者

申填写请人							
姓名		年龄		本人联系电话		家属联系电话	
项目医院				项目医生			
项目医生填写							
	已使用阿帕他胺（安森珂®） _____个疗程			治疗剂量		_____mg/ 天	
检查报告单	检查项目			时间要求		是否提交	
	睾酮检查			要求：检查日期在填表日期 90 天内		☐ 是 ☐ 否	
	PSA 检查			要求：最近一次检查日期在填表日期 30 天内		☐ 是 ☐ 否	
	备注：以上检查报告单均需符合时间要求，并提供原件或复印件加盖院方章。						
临床评估	是否内分泌治疗敏感 ☐ 是 ☐ 否						
项目医生处方意见							
建议继续使用阿帕他胺（安森珂®）治疗，治疗剂量_____mg/ 天							
项目医生签字：							
项目医生盖章：							
填表日期：							
备注：附上相应报告单原件 / 复印件，同时项目医生签字并盖项目专用章，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、涂改等）造成此表格作废。本表自项目医生签字日期起，2 个月内有效。							

附件 5

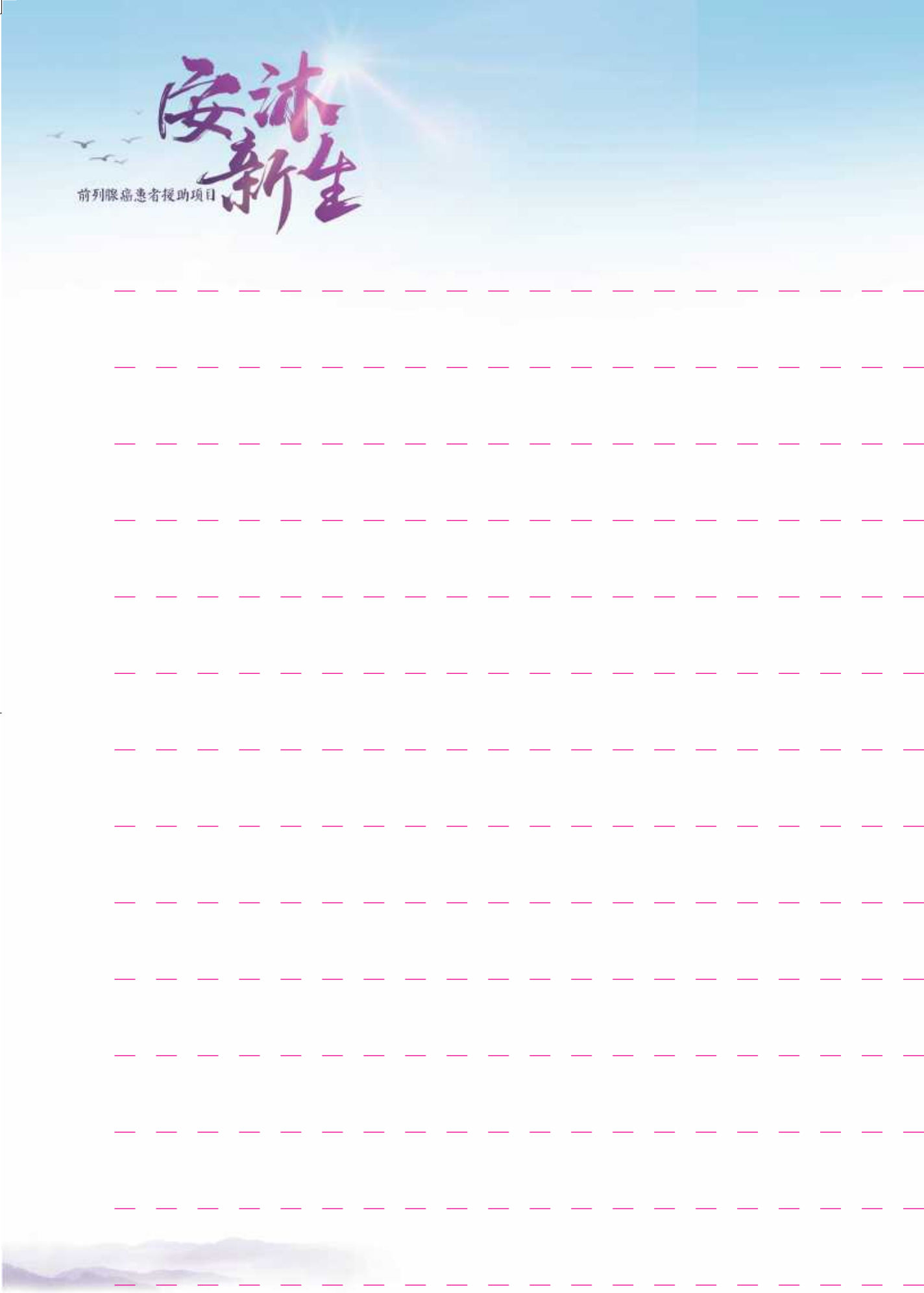
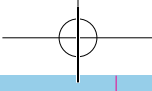
医学随访表

高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌（NM-CRPC）患者

申填写请人							
姓名		年龄		本人联系电话		家属联系电话	
项目医院				项目医生			
项目医生填写							
治疗情况	是否维持去势状态			☐ 是（ ☐ 手术 ☐ 药物） ☐ 否			
	已使用阿帕他胺（安森珂®） _____个疗程			治疗剂量		_____mg/ 天	
检查报告单	检查项目			时间要求		是否提交	
	睾酮检查			要求：检查日期在填表日期 90 天内		☐ 是 ☐ 否	
	PSA 检查 （PSA>=2ng/ml，间隔一周及以上，连续 3 次升高，较最低值升高 50% 以上）			要求：最近一次检查日期在填表日期 30 天内		☐ 是 ☐ 否	
	影像学检查 （骨扫描检查或 PET CT 检查结果为阴性均符合要求；若结果不同则以骨扫描为准）			要求：若 PSA 无进展，则检查日期在填表日期的 180 天内；若 PSA 有进展，则检查日期在填表日期的 30 天内		☐ 是 ☐ 否	
	备注：以上检查报告单均需符合时间要求，并提供原件或复印件加盖院方章。						
临床评估	PSA 进展 ☐ 是 ☐ 否						
	影像学进展 ☐ 是 ☐ 否						
项目医生处方意见							
建议继续使用阿帕他胺（安森珂®）治疗，治疗剂量_____mg/ 天							
项目医生签字：							
项目医生盖章：							
填表日期：							
备注：附上相应报告单原件 / 复印件，同时项目医生签字并盖项目专用章，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、涂改等）造成此表格作废。本表自项目医生签字日期起，2 个月内有效。							



基金會聯



附件 7

援助药品接收单

患者姓名		身份证号			患者编号	
项目医院			项目医生		空药瓶 是否回收	☐ 是 ☐ 否
药品保存 知情同意书	援助药品为室温保存药品，需要您在收到援助药品阿帕他胺片（安森珂®）后常温下进行保存，保存在原始包装内。若您未能按要求保存药品，造成药品变质，所导致的一切后果由患者自行负责。请仔细查看药品说明书，并按照说明书及医嘱储存和使用。请在领取援助药品时仔细确认药品外包装是否破损以及非卖品封条是否完整，如发现问题请第一时间与项目药师确认。援助药品一经离开项目药房，如因上述原因导致药品出现问题，项目办公室概不予以负责。我已经认真阅读上述内容，并已知晓未在适宜温度保存药品可能发生的后果。我自愿加入“安沐新生-前列腺癌患者援助项目”，同意并将严格遵守项目的相关规定。 签字（患者本人）： 日期：					
领药记录	我于____年____月____日领取援助药品阿帕他胺片（安森珂®）____瓶，药品批号：_____ 患者签字：____日期：____ 药师签字：____日期：____					



盖骑缝章

[illegible]

证明日期：2019年06月17日

经办人职务: _____ 日期: _____



直系亲属信息表（样张）

申请人直系亲属信息（可复印）	
家属姓名：陈某某	性别：女
年龄：59	与患者关系：父女
1 3 0 X X X X X X X X X X X X X X X X	
手机号码：13XXXXXXXX	座机号码：0313-XXXXXX
工作单位名称：某某市某工厂	
工作单位地址：XXX省XXX市XXX街道XXX区	
工作部门：	职务：工人
工作时间：1983	年至2019年
上一年度收入： (含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等) 元	
证明人职务：科长	办公电话（固话）：0313-XXXXXX
证明人签字：XXXX	单位盖章：
证明日期：2019年06月17日	

申请人直系亲属信息（可复印）	
家属姓名：	性别：
年龄：	与患者关系：
手机号码：	座机号码：
工作单位名称：	
工作单位地址：	
工作部门：	职务：
工作时间：	年至年
上一年度收入： (含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等) 元	
证明人职务：	办公电话（固话）：
证明人签字：	单位盖章：
证明日期：	

注：以上样本表格复印有效。
直系亲属为：申请人的父母、子女及配偶。
证明人为：证明单位相关负责人。单位盖章为：单位人事部门。
个体经营需提供营业执照复印件及半年的完税证明。

样张

中国初级卫生保健基金会
安沐新生-前列腺癌患者援助项目

项目处方

姓名	张三	年龄	37
性别	男	项目医院	北医三院

临床诊断：
☒ 高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌（NM-CRPC）
☐ 转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）

阿帕他胺片（安森珂®）每片60mg，120片/瓶/盒，1瓶/盒，口服用药

项目医生签字：李四
项目医生盖章：
处方时间：2019年7月17日

每次最大处方量不超过1/瓶/盒用量

* 本项目处方有效期1个月，逾期无效。
* 需项目医生签字盖章

基金会联



常见问题

项目背景篇 Q&A

1. 关于中国初级卫生保健基金会

中国初级卫生保健基金会（简称基金会），是中国农工民主党和中华人民共和国卫生部共同发起创办，以资助和发展中国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赢利性社会团体。2016 年，根据基金会中心网统计，在我国基金会募入与捐出排名均位列第三名。其宗旨是帮助中国农村和城镇贫困社区人口提高健康水平，增强健康素质和发展能力，实现脱贫致富和持续发展。

2. 关于“安沐新生”前列腺癌患者援助项目

●“安沐新生”前列腺癌患者援助项目（以下简称“项目”）是中国初级卫生保健基金会发起，针对低收入的中国前列腺癌患者开展的阿帕他胺片（安森珂®）药品援助项目，旨在让患者得到更好的治疗，减轻其经济负担。基金会将向符合条件的低收入患者按照援助方案提供阿帕他胺片（安森珂®）药品援助，让患者治疗有更好的延续性，提高生活质量，尽早回归社会。

●中国初级卫生保健基金会下设的“安沐新生”前列腺癌患者援助项目办公室（以下简称“项目办”）负责项目的运行和管理。

3. 基金会项目办公室联系方式？

援助热线：010-58103119

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

电子邮箱：mipep@ilvzhou.com

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 安沐新生 - 前列腺癌患者援助项目办
（只接收 EMS 特快专递）



4. 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。

5. “安沐新生”前列腺癌患者援助项目什么时候启动？

- 1）援助项目 I 期已经结束；
- 2）援助项目 II 期自 2021 年 4 月起至援助药品发放完毕止。

6. 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。

7. 援助项目申请及领药是否收取费用？

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

申请流程篇

1. 项目申请中或申请成功后有疑问，可以通过什么途径了解？

可拨打项目热线（010-58103119）进行咨询，周一至周五（国家法定节假日除外）9:00-12:00, 13:00-17:30；或登陆中国初级卫生保健基金会官网，点击“患者援助项目”查看网站公示，患者还可以登录“前腺关爱家园”微信公众号了解相关项目信息。

2. 患者是否可以由家属或朋友代为援助申请？

不可以。必须由患者本人使用援助注册手机号，登陆“前腺关爱家园”微信公众号线上援助平台进行申请，项目办只与患者本人援助注册的手机号进行联系。接收慈善药品时，患者本人携带身份证，在项目药店使用援助注册手机号登陆“前腺关爱家园”微信公众号线上援助平台，扫慈善药品监管码进行慈善药品签收。如果患者援助注册手机号发生变更，患者必须发邮件给项目办，申请进行患者信息更新。项目办完成审批后，由项目办在“前腺关爱家园”微信公众号进行患者信息更新。

3. 援助申请审批结果如何查询？

基金会项目办审批通过后，会直接给援助患者注册手机号发送微信或短信告知审批结果。患者本人也可以在“前腺关爱家园”微信公众号直接查询审批状态。患者本人、家属或项目医生，还可以直接电话项目办的援助热线，或者给基金会电子邮箱发邮件，咨询审批结果。

4. 患者申请援助时没有及时将申请资料邮寄到项目办，怎么办？

●因为需要预留基金会对申请资料的审核时间，以及预留一级配送商给各地 DTC 药店的发货时间，所以患者需要尽量按照基金会要求，在每个援助阶段拿到所有自行购买药品发票后，尽快将申请资料邮寄给项目办。

●如因不可抗力因素或个别患者实在无法在规定时间内将资料邮寄到基金会项目办时，特殊原因基金会将会加急审批，争取不耽误患者的慈善阿帕他胺片（安森珂®）治疗时间。

经济材料篇 Q&A

1. “安沐新生”前列腺癌患者援助项目患者入组的收入标准是什么？

“安沐新生”前列腺癌患者援助项目的宗旨是为难以持续支付阿帕他胺片（安森珂®）治疗费用的低收入患者，按照援助方案提供阿帕他胺片（安森珂®）药品援助。项目采用综合评估方法，同时结合患者及其直系亲属所居住地的收入支出水平来判断患者是否为项目援助的低收入对象。

2. 患者是否必须在项目医生所在医院购买阿帕他胺片（安森珂®）及就诊才能申请项目援助？

患者可以自行选择项目医院或药店购买阿帕他胺片（安森珂®），但必须确保所购药品为正规渠道没有任何隐患的药品，所开发票必须符合项目要求。同时，患者必须得到项目医生的医学评估和项目处方推荐后，患者才能申请阿帕他胺片（安森珂®）药品援助。

3. 项目申请中提到的直系亲属包括？

直系亲属是指患者的父母、配偶、子女。

4. 《患者经济评估表》中工作单位，政府部门填写要求？

《患者经济评估表》中全部内容均需填写，无空项。如果没有，只需填写“无”。工作单位，政府部门的证明人姓名及联系电话，盖章缺一不可，如果没有工作单位，需工作单位填写的部分由政府部门代替证明及盖章；如已经退休，可由当地政府部门或原工作单位或社会保障局证明及盖章。注：政府部门包括：居委会、村委会、乡镇政府、街道办事处或以上部门。

5. 为什么有些患者需要提供购药明细单？

对于购药发票上药品名称未显示阿帕他胺片（安森珂®）或者未显示购买数量及单价的，除上传发票照片外，还要上传购药明细清单照片。

6. 患者知情同意书能否其他人代签？

原则上患者知情同意书必须由患者本人签字并写明日期；若患者确实不能自行签署，请由直系亲属代签，需同时签署代签人姓名及患者姓名，且需患者本人按手印。

7. 患者直系亲属与患者不在一个户口本上，还需要提供户口本复印件吗？

需要提供，项目办需要申请援助的患者提供所有直系亲属的户口本复印件，如不在一个户口本上同样需要提供；如患者父母去世，患者年龄已满 50 周岁以上，手写情况说明即可；患者年龄未满 50 周岁需提供死亡证明（包括：医学死亡证明、户口注销证明、火葬证、政府部门出具的证明）。



8. 患者是军人，没有户口本怎么办？

如患者是军人，需提供完整版军官证复印件及患者所有直系亲属户口本复印件。

9. 患者离异，无法提供配偶资料怎么办？

若患者离异，可提供表明离婚的户口页复印件或离婚证复印件或民政局出具的婚姻状况证明。

10. 购药发票的要求，有区域限制吗？

必须为中国大陆正规发票，不限制地域。发票抬头必须为患者本人，药品名称、药品数量、药品金额、发票时间、财政部监制章、发票专用章（发票未写明药品信息的需要提供发票对应的清单）。

11. 发票原件丢失怎么办？

若患者发票原件丢失，需由开票单位（药房或医院）提供发票复印件或底联（存根联或记账联）复印件，在复印件上加盖开票单位发票专用章或收费专用章，写明发票原件丢失，复印件与原件一致。

医学材料篇 Q&A

1. 患者提供的所有医学资料都要经过指定项目医生签字盖章吗？

是的。《项目处方》需要项目医生签字并加盖项目医生本人处方专用章。患者提供的医学资料需有项目医生签字。

2. 援助申请资料的填写要求

所有援助申请资料中，全部内容均需填写，无空项。如果没有，只需填写“无”。

药品接收和用药篇 Q&A

1. 援助申请成功后去哪里领药？

患者在收到由基金会发送的短信或“前列腺关爱家园”微信公众号的推送的“援助资料审核通过”信息后，按照微信公众号预约的领药时间前往指定 DTC 药房领取药品。

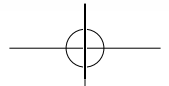
2. 患者签收慈善阿帕他胺片（安森珂®）药品，应该怎么做？

- （1）患者申请注册的手机要求在收货地点可以进行微信公众号操作，确保注册手机号码保持随时可接听状态且网络正常。
- （2）患者在预约领药日期当天，必须确保注册手机号码保持随时可接听状态。指定药房发药员会拨打患者的注册号码（只拨打一次）。
- （3）如果患者需要更改领药时间，请至少提前 2 个工作日通知项目办公室。
- （4）患者在预约领药时间当天携带本人身份证及其他材料在指定药房领药，并用注册手机号登录“前列腺关爱家园”微信公众号，扫描阿帕他胺片（安森珂®）援助药品药盒上的药监码进行签收确认。
- （5）如果阿帕他胺片（安森珂®）援助药品配送到指定药店后，发药员联系不上援助患者，或者援助患者当天无法完成阿帕他胺片（安森珂®）援助药品的药监码扫码签收，将无法成功领取援助药品，需再次预约领药时间或再次拨打项目援助热线进行预约。
- （6）患者需同时签署《援助药品接收单》。
- （7）完成领药后，药房将回收援助药品的纸盒包装及上一盒慈善援助药空瓶。

3. 患者每次可以领取几瓶援助药品？

患者每次领取一瓶，即一个治疗周期的援助药品。

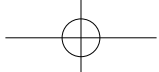
Blank area for handwritten notes, consisting of multiple horizontal dashed lines.





前列腺癌患者援助项目

-35-



中國初級衛生保健基金會

CHINA PRIMARY HEALTH CARE FOUNDATION



请关注中国初级卫生保健基金会
前腺关爱家园微信公众号