



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

低保患者手册

转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌 (mHSPC)

非转移性去势抵抗性前列腺癌 (NM-CRPC)





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

安沐
新生



目录

一、项目介绍	04
二、低保患者申请流程	06
三、申请表单	
申请材料清单	07
援助申请知情同意书	09
低保证明表	13
医学条件确认表	15
医学随访表	17
项目处方	19
援助药品接收单	21
低保证明表（样张）	23
项目处方（样张）	24
四、常见问题	25



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

病前低保 & 领取低保金至少一年。

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。

4. 援助方案

－ 低保患者

经指定医疗机构评估确认符合阿帕他胺片（安森珂®）的适应症，病前低保并领取低保金至少一年。经基金会审核通过，每月最多为其援助 1 个治疗周期阿帕他胺片（安森珂®）。

* 直至疾病进展或者患者援助项目终止，针对低保患者最多提供每年 12 个治疗周期的援助用药。

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

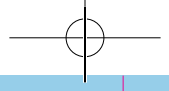
4) 资料邮寄地址：湖北省武汉市武昌区邮政速递水果湖揽投部
安沐新生－前列腺癌患者援助项目办（只接收 EMS 特快专递）



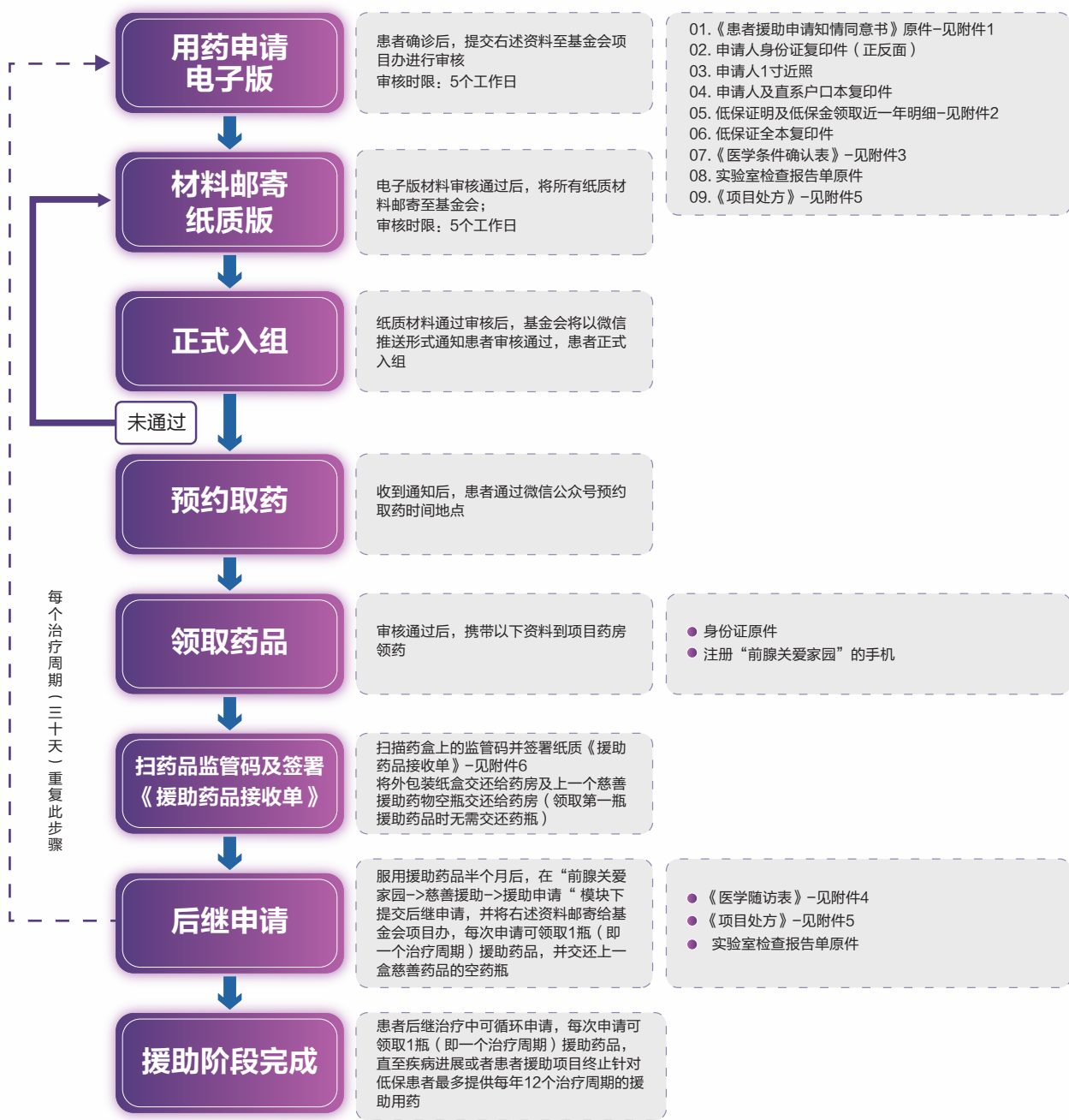
扫码查看安沐新生项目网页



扫码关注前腺关爱家园公众号



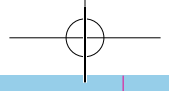
低保患者申请流程



低保患者申请资料

（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
4、低保证明及低保金领取近一年明细	1) 低保金领取明细：要求近一年（银行流水），明细单加盖发证单位公章 2) 低保证全本复印件：需全本复印并由发证单位证明人签字及加盖单位章 3) 低保证明表 4) 患者应为病前低保，即开始享受低保待遇时间不晚于前列腺癌确诊时间 （*患者需参考《低保证明表》按实际情况如实填写，如因收入情况不实、证明不齐全或造假等造成援助资格被取消或断药的情况，由患者本人承担相应后果。）
医学资料	
5、《医学条件确认表》原件	1) 参考样表按实际情况如实填写，提供原件 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过 2 个月
6、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) 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。
7、《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过 2 个月
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、《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



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

病前低保 & 领取低保金至少一年

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。

附加标准

- 1) 自愿申请加入项目。
- 2) 病前低保的患者。
- 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

项目援助方案

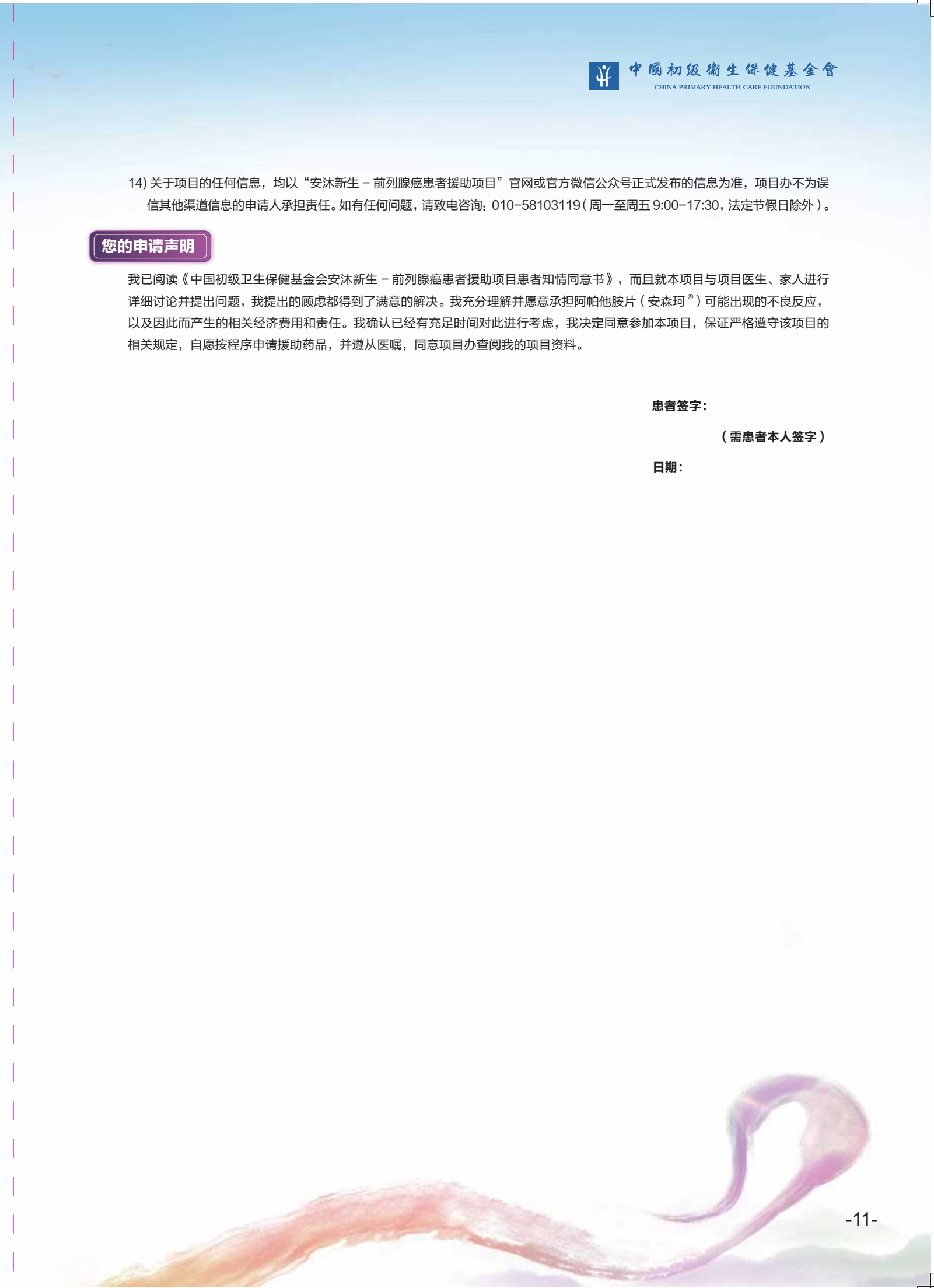
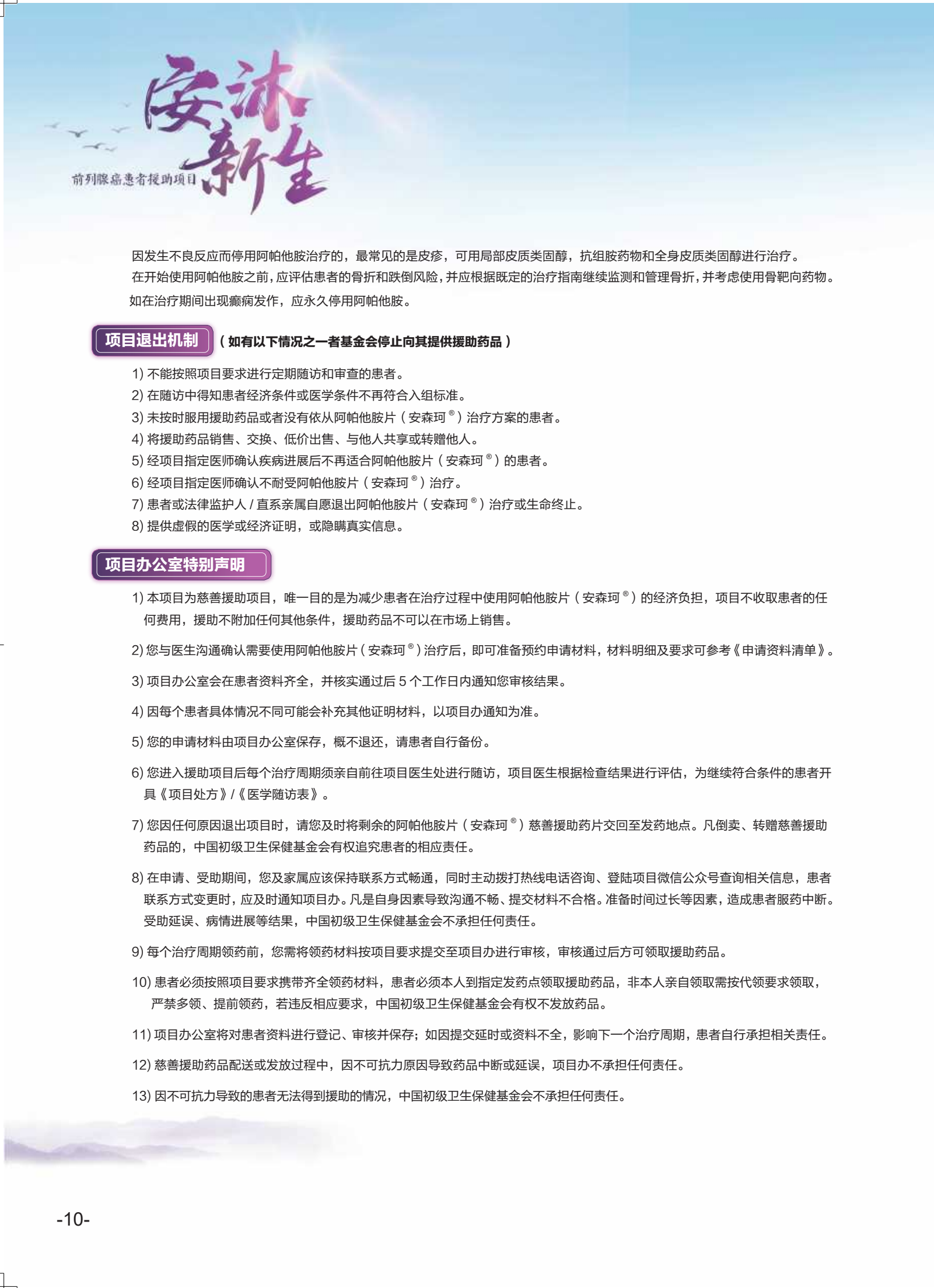
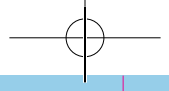
－ 低保患者

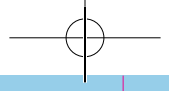
经指定医疗机构评估确认符合阿帕他胺片（安森珂®）的适应症，病前低保并领取低保金至少一年。经基金会审核通过，每月最多为其援助 1 个治疗周期阿帕他胺片（安森珂®）。

* 直至疾病进展或者患者援助项目终止，针对低保患者最多提供每年 12 个治疗周期的援助用药。

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。





前列腺癌患者援助项目

安沐
新生



中国初级卫生保健基金会
CHINA PRIMARY HEALTH CARE FOUNDATION

附件 2

低保证明表

申请人填写	姓 名：_____ 年 龄：_____ 性 别：_____			照 片 (盖骑缝章)
	身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□			
当地政府部门填写	家庭地址：_____ 省 _____ 市 _____			
	固定电话：_____ 手机：_____			
	低保证号：_____ 享受低保起始日期：_____			
	持证人姓名：_____ 与申请人关系：_____			
	第一联系人姓名：_____ 与您的关系：_____ 联系方式：_____			
	家庭成员 _____ 人 (包括申请人的父母 / 配偶 / 子女)			
	姓名：_____ 与患者关系：_____ 姓名：_____ 与患者关系：_____			
	姓名：_____ 与患者关系：_____ 姓名：_____ 与患者关系：_____			
	姓名：_____ 与患者关系：_____ 姓名：_____ 与患者关系：_____			
	证明人签字：_____ 证明人职务：_____ 证明人联系电话：_____			
年 月 日 证明部门盖章：_____				
(本栏由申请人当地村 / 居委会相关证明人填写；并盖村 / 居委会公章)				
当地政府部门填写	当地政府部门	名称：	地址：	
	(务必填写)	联系人：	联系电话(座机)：	
	当地民政部门核准申请人家庭是属于低保户。			
(公章)备注：_____ 证明人签字：_____ 年 月 日				
患者申请说明： (患者)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”的全部信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目，本人愿意承担违反规定后的一切后果。 患者本人签字：_____ 年 / 月 / 日：				

- 备注：
1. 此援助项目为慈善援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，经调查有不实或隐瞒，将取消援助，情节严重者将负法律责任。
 2. 工作情况包括：固定工作、临时工作、个体经营或务农等情况，请详细填写。
 3. 证明部门：需现在单位人事部门盖章，无工作单位的需所在街道办事处或乡政府盖章，证明人签字。
 4. 民政部门盖章：需为发证单位或当地民政局



附件 3

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 3

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 30 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。						



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

附件 4

医学随访表

转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）患者

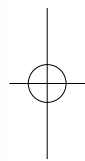
请填写人							
姓名		年龄		本人联系电话		家属联系电话	
项目医院				项目医生			
项目医生填写							
	已使用阿帕他胺（安森珂®） _____个疗程			治疗剂量		_____mg/ 天	
检查报告单	检查项目			时间要求		是否提交	
	睾酮检查			要求：检查日期在填表日期 90 天内		☐ 是 ☐ 否	
	PSA 检查			要求：最近一次检查日期在填表日期 30 天内		☐ 是 ☐ 否	
	备注：以上检查报告单均需符合时间要求，并提供原件或复印件加盖院方章。						
临床评估	是否内分泌治疗敏感 ☐ 是 ☐ 否						
项目医生处方意见							
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 4

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

请填写人							
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。							

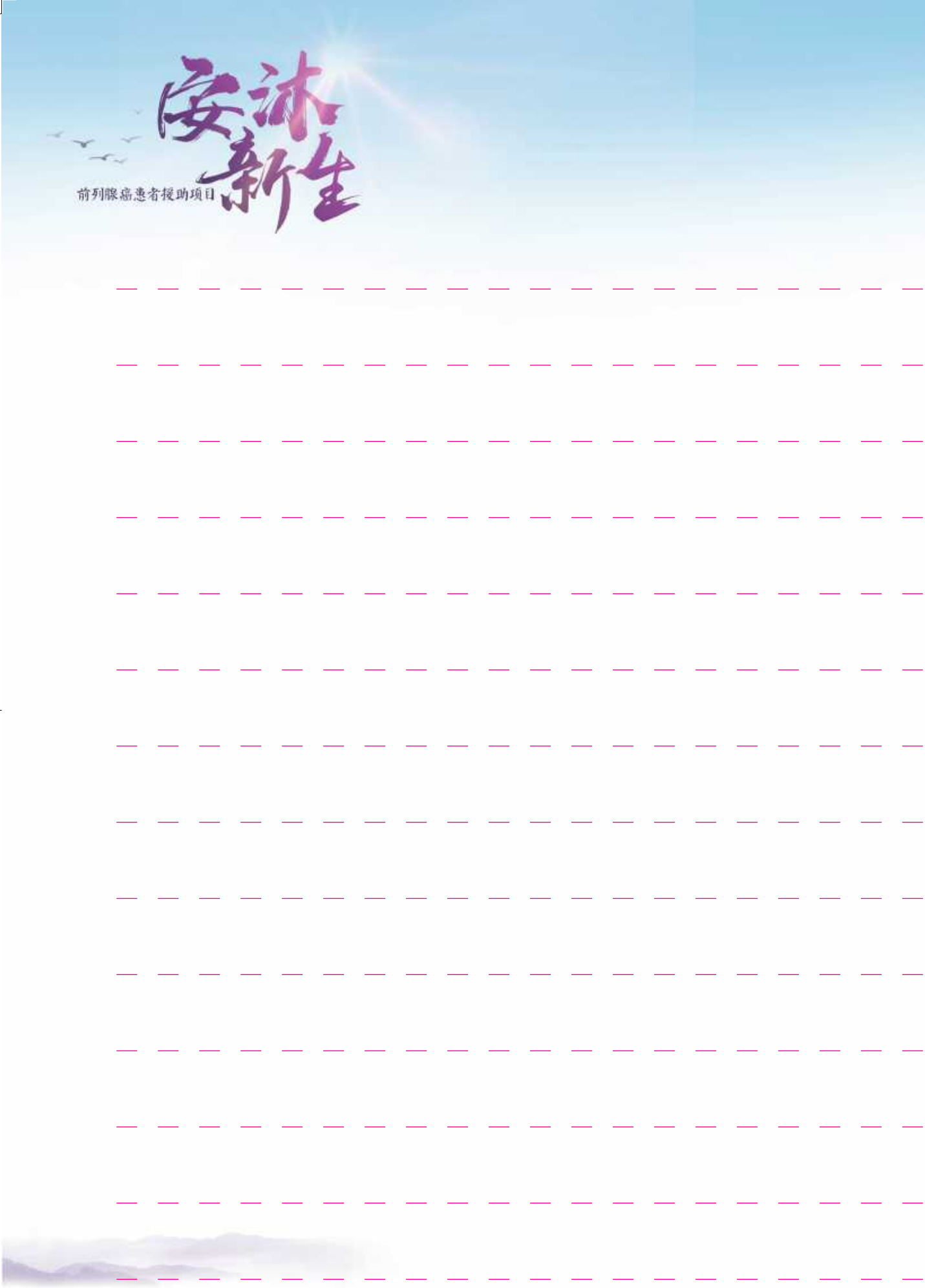
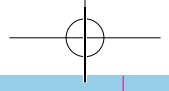


前列腺癌患者援助项目



-19-

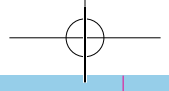
2021/4/1 18:46:25



附件 6

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：____				



前列腺癌患者援助项目



中国初级卫生保健基金会
CHINA PRIMARY HEALTH CARE FOUNDATION

样张

低保证明表（样张）

申请人填写	姓名：赵某某 年龄：37岁 性别：女性 身份证号码：130102XXXXXX 家庭地址：河北省张家口市 XX街道 固定电话：0313-XXXXXX 手机：13XXXXXXX8 低保证号：XXXXXX 享受低保起始日期：199X.XX-202X.XX 持证人姓名：赵某某 与申请人关系：母女 第一联系人姓名：李某某 与您的关系：母女 联系方式：13XXXXXXX8 家庭成员 2 人（包括申请人的父母/配偶/子女） 姓名：李某某 与患者关系：母女 姓名： 与患者关系： 姓名：赵某某 与患者关系：母女 姓名： 与患者关系： 姓名： 与患者关系： 姓名： 与患者关系： 证明人签字：张某某 证明人职务：母女 证明人联系电话：13XXXXXXX8 2019年06月17日 证明部门盖章： (本栏由申请人当地村/居委会相关证明人填写；并盖村/居委会公章)			照片 (盖骑缝章)	
	当地政府部门填写	当地政府部门 (务必填写)	名称：某某街道办事处 联系人：张某某	地址：某某市某某区某某街道办事处 联系电话(座机)：0313-XXXXXX	
当地民政部门审核：申请人家庭是属于低保户。 (公章) 证明人签字：张某某 2019年06月17日					
患者申请说明： (患者)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”的全部信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目，本人愿意承担违反规定后的一切后果。 患者本人签字： 年/月/日：					

备注：
1. 此援助项目为慈善援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，经调查有不实或隐瞒，将取消援助，情节严重者将负法律责任。
2. 工作情况包括：固定工作、临时工作、个体经营或务农等情况，请详细填写。
3. 证明部门：需现在单位人事部门盖章，无工作单位的需所在街道办事处或乡政府盖章，证明人签字。
4. 民政部门盖章：需为发证单位或当地民政局



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 12 月 17 日

基金会联

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

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，针对低保特困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保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) 2019 年 12 月，启动了针对高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌（nmCRPC）成年患者的援助。
- 2) 2020 年 9 月，启动了针对转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）成年患者的援助。

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“前列腺关爱家园”微信公众号了解相关项目信息。



前列腺癌患者援助项目

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材料邮寄到项目办，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，尽快将申请材料邮寄给项目办。

●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®）治疗费用的低保患者，按照援助方案提供阿帕他胺片（安森珂®）药品援助。

2. 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。

3. 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）。

4. 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。

5. 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。

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号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。

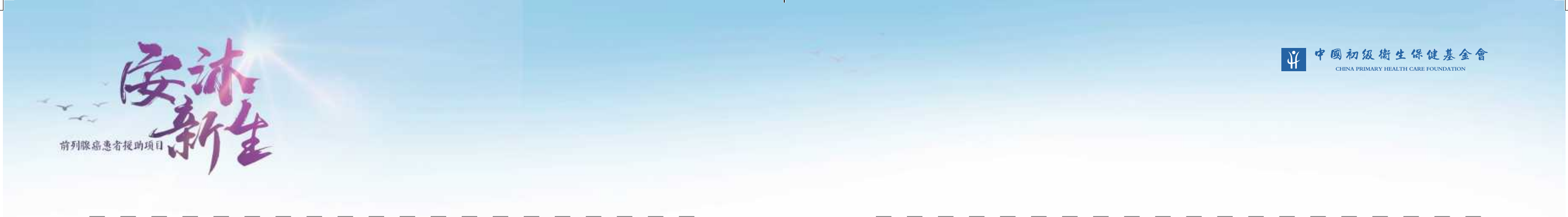
（5）如果阿帕他胺片（安森珂®）援助药品配送到指定药店后，发药员联系不上援助患者，或者援助患者当天无法完成阿帕他胺片（安森珂®）援助药品的药监码扫码签收，将无法成功领取援助药品，需再次预约领药时间或再次拨打项目援助热线进行预约。

（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。

3. 患者每次可以领取几瓶援助药品？

患者每次可领取一瓶，即一个治疗周期的援助药品。



安沐新生

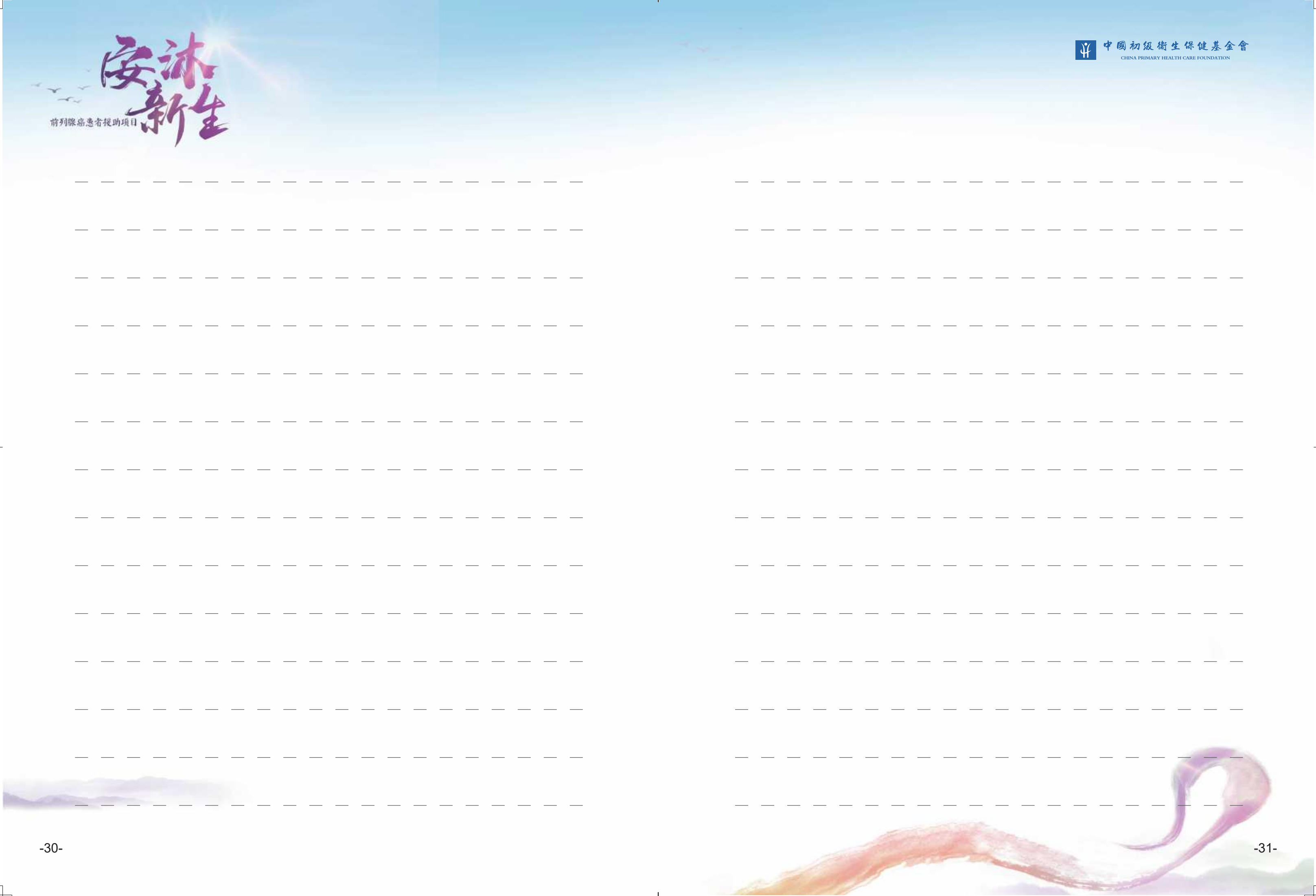
前列腺癌患者援助项目

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

Blank lined area for writing on page 28.

Blank lined area for writing on page 29.







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

