



中华慈善总会

拜科奇血友病患者援助项目

经济评估申请表

患者姓名：_____

申请日期：_____



• 中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目 •

患者援助药品申请表

注册医生		医院名称	
患者姓名		身份证号码	
监护人姓名		监护人与患者关系	
监护人联系电话			
首次诊断时间	年 月		
血友病 A	中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/>		
确认患者是否适合参加此次预防治疗项目： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
使用拜科奇后出现无法耐受的不良反应： 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> （请注明：_____）			
建议使用拜科奇_____周，建议申请拜科奇_____支（250 单位/支）			
项目注册医生 签字盖章		填表时间	

填表说明：1、此表由医生填写，注册医生签字盖章确认，不得空缺，有效期为 2 个月。

2、本表填好后，由患者连同其余申请资料一同邮寄到北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会拜科奇项目办公室。

一、填表说明

- 1.本表可由患者本人或者直系亲属填写，其中患者签字部分务必由患者本人填写，**如患者无法写字，需要家属代签字后，由患者本人在自己签名处加盖手印。**
- 2.本表需要患者用钢笔或者圆珠笔逐栏正楷填写，不得涂改，不得空缺，没有填“无”。
- 3.请患者认真阅读本表格每页下方的填表说明，按照要求准备相关材料，填写相关信息。

二、需邮寄材料（所有材料请勿粘贴，并全部使用 A4 纸张打印或者复印）

- 《中华慈善总会拜科奇患者援助项目经济评估申请表》全套。
- 患者父母身份证复印件各一份。
- 患者本人和直系亲属户口本复印件（即患者的父母）各 1 份。
- 经项目注册医生签字盖章确认的《中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目援助药品申请表》1 份。
- 检查报告原件或复印件加盖医院公章，具体内容务必包括：
 - a) 八因子浓度检测报告。
 - b) 抑制物检查报告。
 - c) 用药处方。
 - d) 门诊病历原件（拜科奇使用记录）。
- 服用拜科奇证明：

购买拜科奇的发票原件，具体要求如下：

 - a) 必须通过正规渠道购买拜科奇，提供正规发票。
 - b) 必须提供一个半月的拜科奇发票（12 瓶）。
 - c) 原始发票中相关信息未显示的（如无药品名称、购买数量、单价），需要提供相应的购药明细清单原件。

以下类型的发票不符合项目要求（单位名称发票；无患者本人姓名发票；非患者本人姓名发票；无购药日期；无药品名称、购买数量、单价等信息且不能提供购药明细清单原件的）。

中华慈善总会拜科奇项目联系方式

- 1、**邮寄地址：**北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会拜科奇项目办公室，邮编 100034
- 2、**热线电话：**010-83368339（工作日 9:00-11:30，13:00-17:00）
- 3、**项目网站：**<http://www.baikeqi.org/>，登陆网站可以了解多拜科奇最新动态
- 4、**项目数据库：**<https://www.zbpap.com/>，登录项目审批系统可以自助查询申请进度
- 5、**电子邮箱：**baikeqi@vip.163.com

中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目

患者申请告知书

(需仔细阅读)

亲爱的患者:

中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目是中华慈善总会为帮助因病致贫的血友病患者得到拜科奇药品援助而设立的慈善项目, 为保证申请人顺利得到援助, 特作如下通告:

援助对象: 2-18 周岁的患者, 经本项目注册医生的医学评估为符合拜科奇适应症; 经过 6 周拜科奇治疗并获得明确疗效且没有严重不良反应; 经济上无法支付继续使用拜科奇费用的中国大陆患者。因为援助数量有限, 满足上述条件并不等于一定能得到援助。

项目要求:

- 患者必须到项目注册医生处进行医学检查以确认符合医学标准, 并由注册医生本人在医学条件确认表上签字确认。
- 您的所有申请材料请通过中国邮政 EMS 邮寄到本项目指定信箱: 北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会拜科奇项目办公室。
- 审核将根据申请人的先后次序而定, 审核结果将在收到材料 10 个工作日内通知您。
- 患者在服药过程中, 出现任何不良反应, 必须及时与项目注册医生联系, 否则如造成患者病情变化等任何后果, 均由患者及家属自行承担。出现无法耐受的严重不良反应须停止援助。
- 患者或其家属因特殊情况影响各发药点及项目注册医生正常工作, 情节严重者, 项目办将取消其领药资格。
- 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药品的患者将自行承担因此而产生的后果。
- 本项目为慈善援助项目, 本会工作人员或参与医院和医生不得对您收取任何费用。如发现上述行为, 请您立即举报。如您或您的家属有向上述人员行贿的行为, 您也将失去受助资格。
- 我办有权随时对您的医学和经济情况进行抽查评估, 如您不能配合抽查或者抽查结果不合格, 将视为自愿放弃受助资格。
- 无论因任何原因退出援助项目时, 中华慈善总会要求您将未使用过的拜科奇全部退回项目办公室。
- 由于信息核查和统计的需要, 您的资料将对中华慈善总会和捐赠方开放, 但不会提供给其它第三方。因审计和政府要求的信息披露除外。
- 如果您有任何问题, 请咨询中华慈善总会拜科奇项目办公室, 患者热线 010-83368339, 也可登录拜科奇患者援助项目网站 (<http://www.baikEQi.org/>) 查询, 项目所需表格均从该网站下载, 所有材料统一使用 A4 纸张打印或复印。
- 患者及家属须积极配合, 保证与项目办公室通讯联络畅通, 主动拨打项目热线电话咨询、主动登录项目网站查询相关信息。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。
- 不得将援助药品出售或转赠他人, 一经发现立即取消受助资格并视具体情况追究相应责任。
- 注册医生作为中华慈善总会的医务志愿志, 应严格遵守项目规定, 利用自身的专业技能对申请援助项目的患者提供医疗支持。注册医生需要亲自接诊患者, 评估患者是否符合项目注册适应症, 根据患者实际情况填写医学资料、处方援助药品。教育患者认真遵守慈善项目的各项规定, 不对患者做出任何承诺。

我办特别重申:

- 申请项目均按我办发出的正式信息为准, 我办不为误听其它渠道信息产生的后果承担责任。如有任何疑问请致电中华慈善总会拜科奇患者援助热线咨询, 以准确、详实的了解项目申请程序及相关要求。如患者未按程序要求及时联系我办并办理相关手续而延误申请, 责任由患者自负。
- 服药过程中可能会出现不可预知的不良事件, 患者必须严格按照医生的医嘱决定用药与否。
- 本项目为慈善援助, 患者自愿参加, 中华慈善总会对学生的病情和治疗不承担责任和义务。
- 凡是未按照上述项目规定操作的患者, 将失去受助资格。
- 本人(患者)同意拜耳公司联系我的治疗医生进行不良事件的随访。
- 对申请和受助中出现任何问题, 患者与项目办公室协商解决。协商不成, 向中华慈善总会所在地法院提起诉讼, 由法院判决。
- 中华慈善总会拜科奇患者援助项目管理办公室对患者援助项目拥有最终解释权。

中华慈善总会
拜科奇患者援助项目管理办公室
2015 年 10 月



患者知情同意书

我自愿按程序申请中华慈善总会拜科奇患者援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会拜科奇患者援助项目患者申请告知书》的所有信息。我承诺提供的全部材料均真实准确，愿意接受中华慈善总会的调查核实，严格遵守拜科奇项目的各项规定，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拜科奇项目、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

患者姓名（正楷）：

患者签字：

签字日期：

患者保留



患者知情同意书

我自愿按程序申请中华慈善总会拜科奇患者援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会拜科奇患者援助项目患者申请告知书》的所有信息。我承诺提供的全部材料均真实准确，愿意接受中华慈善总会的调查核实，严格遵守拜科奇项目的各项规定，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拜科奇项目、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

患者姓名（正楷）：

患者签字：

签字日期：

中华慈善总会保留



中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目 患者基本信息登记表

姓名:	姓名汉语拼音:	相 片	
性别:	年龄:		移动电话:
身份证号:	固定电话:		
邮寄住址:	邮编:		
家庭人口:	家庭总收入/年:		
首次注射拜科奇日期:	当前注射剂量 () 瓶 () IU/周		
申 请 理 由			
当地街道办事处、乡镇政府或其他相关单位名称及电话			
当地街道办事处、乡镇政府或其他相关单位核准患者是否经济困难无力承担拜科奇治疗费用。	中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目办公室意见 (此项无需申请人填写)		
公章: 年 月 日	年 月 日		



拜科奇患者援助项目患者父母 经济情况登记表

姓名：	性别：	年龄：	与患者关系：
移动电话：	固定电话：		
工作单位名称（无单位注明目前状况）：			
工作部门及职务：	工作时间：自	年至	年
上年度总收入：	证明公章：		
工作单位电话：			



拜科奇患者援助项目患者父母 经济情况登记表

姓名：	性别：	年龄：	与患者关系：
移动电话：	固定电话：		
工作单位名称（无单位注明目前状况）：			
工作部门及职务：	工作时间：自	年至	年
上年度总收入：	证明公章：		
工作单位电话：			

备注：

- 1、表格所有内容均需填写。
- 2、本人有多个联系电话的，请尽量多填。
- 3、患者父母退休或无工作的无需盖章。
- 4、如有任何疑问请致电拜科奇项目热线 010-83368339，或查询网站 <http://www.baikeqi.org/>。



拜科奇血友病患者援助项目患者父母 资产状况

房产（请写明房屋地址）：

家用汽车：

其他资产：

填表说明：1、申请人必须如实申报经济收入及各项家庭资产。



中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目 委托书

由于患者本人没有文化书写不便，申请项目援助的表格填写事宜委托_____负责办
理。被委托人_____与患者关系为_____。委托人愿意承担因被委托人违反项目规
定所发生的一切后果。

备注：患者如有委托人，须提供被委托人的身份证复印件。

患者姓名（正楷）：

患者手印：

委托时间：

被委托人姓名（正楷）：

被委托人姓名：

接受委托时间：

中华慈善总会保留