

中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目

再次申请患者告知书

亲爱的患者：

对于再次申请中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目的患者，特作如下通告：

援助条件：

1. 初次获得项目援助的过程中，没有任何违反项目规定的情况发生的，仅仅因为疗程到期退出项目的；
2. 经过再次连续使用拜科奇 12 瓶以上，且无严重不良反应，能够从拜科奇治疗中获益；
3. 经济上无法继续承担拜科奇治疗费用。

申请资料：

1. 经项目注册医生确认的《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》。
2. 经患者本人、第一监护人签字确认的《患者知情同意书》。
3. 患者户口簿复印件一张。
4. 再次申请前至少 1 个半月使用拜科奇的发票原件及费用明细清单原件。

项目规定：

除按上述要求如实申报资料以外，患者必须遵守《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》及《中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目患者再次申请告知书》的全部内容。如有任何违反规定的情况出现，将被取消援助资格。

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。

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，也可登录拜科奇慈善援助项目网站(<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。

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。我在此郑重申明，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。

患者签字：_____

日期：_____



• 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

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		
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北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会拜科奇项目办公室。