



中华慈善总会

拜科奇血友病患者援助项目

低保患者经济评估申请表

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。

中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目

低保患者告知书

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：2-12 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：

- 申请时应递交如下资料：患者及所有家庭成员户口本复印件；患者父母身份证复印件；加盖发证机构或民政部门公章的低保证复印件及近一年的低保金领取记录；填写完整的《中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目低保患者申请表》；由项目注册医生签字盖章的《中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目低保患者援助药品申请表》，门诊病历原件及住院病历复印件加盖医院公章（包括八因子浓度检测报告、抑制物检查报告、处方）。
- 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 5 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，中华慈善总会对患者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



中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目

低保患者申请表

姓名：	姓名汉语拼音：	照 片	
性别： 年龄：	移动电话：		
身份证号：	固定电话：		
第一监护人姓名：	电话：	与患者关系：	
第二监护人姓名：	电话：	与患者关系：	
邮寄地址及邮政编码：			
第一监护人现或原工作单位名称及职务			
第二监护人现或原工作单位名称及职务			
当地民政部门或者街道办事处、乡镇政府名称	电 话		
低保证编号		发证日期	
发证机构			
中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目办公室意见（此栏无需患者填写）			
年 月 日			

关于《中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目低保患者告知书》的声明

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低保患者告知书》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。

患者签字： _____

填表日期： _____



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