



## 中国癌症基金会泰立珂患者援助项目

### 知情同意书

秉承中国癌症基金会一贯宗旨，为促进中国癌症防治事业的发展，中国癌症基金会接受强生制药有限公司捐赠，开展泰立珂患者援助项目（以下简称“项目”）。旨在提高多发性骨髓瘤成人患者泰立珂治疗的可及性，减轻患者经济负担，改善患者生存质量。

中国癌症基金会下设的项目办公室(以下简称“项目办”)负责项目的运行和管理。

#### 经指定医疗机构评估符合泰立珂适应症：

本品单药适用于既往至少接受过三线治疗（包括一种蛋白酶体抑制剂、一种免疫调节剂和一种抗 CD38 单克隆抗体）的复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者。

#### 附加标准

1. 患者自愿申请加入项目。
2. 因家庭经济原因无法长期承担泰立珂治疗费用。
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. 患者接受援助前自费购买泰立珂（特立妥单抗注射液）必须为中国大陆包装。

#### 项目援助方案

##### 低收入患者：

- 1、“首次申请方案”：患者需自费使用泰立珂治疗3瓶（2瓶30mg，1瓶153mg）后，根据项目指定医生评估后需要继续治疗的，患者将“医学证明材料”及2瓶30mg，1瓶153mg购药发票及药品使用记录提交项目办，获得审批后，可获得2瓶153mg治疗的援助药品。
- 2、“后续申请方案”：如患者经指定医生评估需要继续治疗的，患者再自费2瓶153mg泰立珂治疗后，根据项目指定医生评估后需要继续治疗的，患者将“医学证明材料”及2瓶153mg购药发票及药品使用记录提交项目办，获得审批后，可继续获得2瓶153mg治疗的援助药品。

##### 备注：

- 1) 由于药品冷链运输及保存要求，患者每次申请2瓶药品，获批后援助药品按照每周1

瓶频率发放，共计2次发放完毕。

- 2) 本项目中所有泰立珂购药发票及药品使用记录仅可使用一次。
- 3) 在项目执行期内，低收入患者可以按照后续申请方案循环申请，直至基金会终止对患者援助药品的条件中的一种或者多种情形出现，则援助终止。
- 4) 泰立珂购药发票追溯时间：自患者申请之日起前6个月内的发票均认可。

**低保患者：**在项目执行期内，获得县/区级民政部门认可满一年的城镇低保/农村特困多发性骨髓瘤的患者，经项目指定医院的指定医生评估符合医学标准，患者首次及后续申请需要提供“医学证明材料”及相关低保证明材料，项目办审批确认材料合格后，可发放援助药品。

#### **泰立珂项目终止条款(如有以下情况之一者援助终止)**

- 1) 患者提供的申请资料不实或隐瞒申报；
- 2) 经查实，患者将援助药品转让他人；
- 3) 患者不能继续提供“医学证明材料”；
- 4) 援助药品已经使用完毕；
- 5) 由于不可抗力等造成项目被迫终止；
- 6) 患者或法定监护人、直系亲属要求停止援助药品治疗；
- 7) 患者自愿退出或死亡；
- 8) 项目终止。

#### **不良反应**

患者需充分了解并愿意承担泰立珂治疗可能产生的所有不良反应，用药过程中出现任何不可预知的不良反应，须立即寻求项目指定医生的帮助，中国癌症基金会对患者的病情和治疗不承担责任和义务。

#### **项目办公室特别声明**

1. 本项目为慈善援助项目，患者均需自愿参加。患者已充分理解泰立珂治疗可能产生的不良反应和风险，并愿意自行承担由此可能导致的所有后果。中国癌症基金会对患者的病情和治疗不承担任何法律责任和经济责任。
2. 患者及家属须确保留存的联络方式畅通，以便项目办联系患者，如有变更，应及时告知项目办。如因患者及家属等自身原因导致援助延误的，后果由患者自行承担。

3. 本项目仅对能够严格按照项目规定程序申请和领取援助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援助药品的患者，将自行承担因此而产生的后果。
4. 如患者不符合项目援助标准，项目办将通知患者申请不成功，患者所有申请材料不予退还。
5. 项目办将不定期对申请中及入组患者进行抽查，请务必保存好与援助项目相关的全部影像学检查胶片。
6. 中国癌症基金会对患者信息将严格保密，患者的信息将不会用于任何商业用途，仅用于项目管理，执行和审计，以及患者户籍或医保所在地相关政府部门查询。
7. 因不可抗力或其他客观原因导致援助药品中断或延误，中国癌症基金会不承担任何责任和义务。
8. 关于本项目的任何信息均以中国癌症基金会官方网站和项目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产生的任何后果承担责任。
9. 患者因任何原因停止使用援助药品的情况下，未使用的援助药品应及时完整地退还给指定药房。
10. 若患者未按照说明书用药，一切后果将由本人承担。
11. 中国癌症基金会对项目拥有最终解释权。

### **患者承诺**

我知晓自身病情，自愿按程序申请中国癌症基金会“泰立珂患者援助项目”。我承诺：

1. 本人因家庭经济原因，无能力长期承担泰立珂治疗费用及全部医疗费用。
2. 我已经认真阅读了上述内容及《患者手册》的全部内容，知晓此项目的申请条款及终止条款，愿意承担所有的责任和义务。
3. 本人提供的全部材料均真实准确，自愿加入本项目，同意收集、查阅本人的个人信息及资料，严格遵守本项目的相关规定。
4. 本人保证严格遵医嘱用药。
5. 如接受援助后，违反项目任何规定，或被查实有任何申报不实、隐瞒等情况，同意接受项目的处理决定，同意接受中国癌症基金会追回援助药品，并承担可能出现的相应法律结果。

患者本人正楷签字：

签字日期：        年        月        日