



# 中国初级卫生保健基金会 血友病患者关爱小屋援助项目

患者姓名：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_\_

GAXW-1

# 中国初级卫生保健基金会

## 血友病患者关爱小屋援助项目

### 项目知情同意书

为了帮助更多血友病患者规范治疗，降低疾病带来的严重后果（致残率），提高患者生活质量，减轻患者家庭的经济负担，进一步提高救助效率以及对血友病患者全流程的关爱服务，辉瑞公司向中国初级卫生保健基金会提供无偿援助。

#### 项目援助方案

##### ● 关爱小屋援助：

已入组爱聚捷音或共赋友助项目的甲型或乙型血友病患者，根据临床意见，在一站式合作机构进行就诊时对关爱包（挂号、注射、物料包；关节评估；建立健康档案）产生的自行承担费用给予援助，每位患者挂号、注射、物料包援助上限为160元/月；建立健康档案、健康评估产生的自行承担费用全额给予援助。

##### ● 康复治疗援助：

已经或正在接受爱聚捷音或共赋友助项目的甲型或乙型血友病患者，根据临床意见，在一站式合作机构进行血友病相关康复治疗，且康复治疗期间使用任捷®/贝赋®作为凝血因子药物进行治疗的患者向项目办申请，符合项目申请条件的患者给予援助。

#### 援助模式

援助甲型/乙型血友病相关的康复治疗中发生的康复费用自行承担部分，每位患者援助上限为5000元/年；

上述康复费用是指在康复治疗项目中产生的费用（如烤灯照射、磁疗、推拿、肌肉理疗等），援助范围不包括：凝血因子费用、中成药、中草药、床位费、护理费、空调费、餐费及明确归类为“其他”的费用。

##### ● 规范化治疗检查援助

已入组爱聚捷音或共赋友助项目的甲型或乙型血友病患者，根据临床意见，在一站式合作机构进行因子活性检测、抑制物检测、关节检查、病毒（肝炎，HIV）筛查、新冠病毒检测、血管性假性血友病因子（VWF）抗原测定、血浆抗凝血酶III活性（AT-IIIa测定）、血浆D-二聚体测定(D-Dimer)、血小板聚集功能测定、血小板粘附功能测定、血常规、血细胞分析、梅毒螺旋体特异抗体测定、简易凝血活酶纠正实验、HIV-P24抗原测定、体表包块彩超检查、隐形出血检查产生的自行承担费用部分给予资金援助，每位患者援助上限为1000元/年。

**申请条件：（通过医疗保险等形式已达到全额报销的患者不在援助范围内）。**

#### 项目申请要求及条件

1. 自愿申请；
2. 临床明确诊断为甲、乙型血友病的患者；
3. 已入组“爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目”、“共赋友助-乙型血友病患者援助项目”的血友病患者；
4. 自2018年1月1日后实施血友病康复治疗的全国地区血友病患者；
5. 自2019年12月1日起进行因子活性检测、抑制物检测、关节检查、病毒（肝炎，HIV）筛查的全国地区血友病患者；
6. 自2021年9月1日起新冠病毒检测、血管性假性血友病因子（VWF）抗原测定、血浆抗凝血酶III活性（AT-IIIa测定）、血浆D-二聚体测定(D-Dimer)、血小板聚集功能测定、血小板粘附功能测定、血常规、血细胞分析、梅毒螺旋体特异抗体测定、简易凝血活酶纠正实验、HIV-P24抗原测定、体表包块彩超检查、隐形出血检查的全国地区血友病患者；
7. 家庭经济条件困难的患者；

8. 本项目援助对象为持有中华人民共和国中国居民身份证/军官证的大陆患者。

#### **血友病患者关爱小屋援助项目终止条款（如有以下情况之一，援助自动停止）**

- 患者或其法定监护人/父母自愿退出项目申请；
- 患者死亡；
- 患者进入到其他援助项目；
- 患者或其法定监护人提供任何虚假医学证明；
- 患者或其法定监护人拒绝接受援助项目监督；
- 患者通过医疗保险等形式已达到相关检测费用的全额报销；
- 因其他特殊原因必须停止援助项目；
- 已过本项目申请截止时间，或未到申请截止时间但援助资金已经发放完毕。

#### **项目监督**

项目办对受助患者定期进行抽查，核对个人信息和申请资料，如果拒绝接受核查或经核查发现任何医学条件和经济条件不符将立即停止援助。

#### **法律声明**

- (1) 对于患者的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，仅用于项目的管理、执行和审计。患者信息和资料将由主办方或项目委托执行保留，除卫生监管部门审查监督外，不会披露给其他第三方。
- (2) 本项目为慈善援助项目，患者需自愿参加；本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提供援助。因个人原因不能按项目规定申请和领取援助资金的患者将自行承担因此而产生的后果。
- (3) 患者及其家属须知晓患者的真实病情，患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，定期随访，及时接受治疗。中国初级卫生保健基金会会对患者的病情和治疗不承担任何责任和义务。
- (4) 患者及家属须积极配合，保持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项目办信息。因患者自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担后果。
- (5) 患者或其家属因特殊情况影响各项目药房及项目医院正常工作，情节严重者，项目办将取消其援助资格。
- (6) 关于本项目的任何信息均以我办正式发布的信息为准，我办不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。  
项目援助热线：4007-001-817（甲型血友病）  
4007-009-198（乙型血友病）  
周一至周五： 9:00-17:30。
- (7) 血友病患者关爱小屋援助项目的一切解释权归中国初级卫生保健基金会所有。



## 申请声明

我已经认真阅读了上述有关项目的全部内容，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。我愿意加入本项目，同意并严格遵守本项目的相关规定，自愿按程序申请。

**患者或患者法定监护人签字：**

**监护人与患者关系：**

**日 期：**

【注：对于不满 18 周岁的患者，必须由其法定监护人签署本知情同意书（在法定监护人是患者父母的情况下，必须由患者的父亲及母亲签署，并注明与患者关系）；对于已满 18 周岁的患者，必须由患者本人签署本知情同意书】

## 中国初级卫生保健基金会 “关爱小屋”项目援助申请表

填写说明:

1. 请清楚、完整地填写基本信息。
2. 每位患者关爱小屋援助（挂号、注射、物料包）援助上限为160元/月，建立健康档案、健康评估产生的自行承担费用全额给予援助。
3. 每位康复治疗患者援助上限为5000元/年。
4. 每位检测治疗患者援助上限为1000元/年。
5. 就诊机构不可随意变更，如有变动需重新进行申请。

5 / 5

基本信息									
姓名		性别		年龄		身份证号		联系方式	
医保类型	<input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 新农合医保 <input type="checkbox"/> 其他保险补偿								
申请援助内容（可多选）						<input type="checkbox"/> 关爱小屋援助 <input type="checkbox"/> 康复治疗援助 <input type="checkbox"/> 检测治疗援助			
就诊机构									

申请人签字:

日期:    年    月    日

