

## 生命转吉-肺癌患者援助项目

### 援助药品邮寄患者知情同意书

为了配合加强新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作，积极响应国家号召，有效减少人员聚集，阻断疫情传播，项目将于 2020 年 3 月 5 日起，针对因疫情管控无法前往药店的在组患者，开通援助药品邮寄通道，为帮助有需要的患者顺利完成邮寄申请，请认真阅读以下内容：

#### 申请起止时间：

自 2020 年 3 月 5 日起，项目办结合疫情防控工作及项目办公室具体情况另行公布终止时间。

#### 申请条件：

1. 申请邮寄援助药品前，患者已经审批通过并收到领药通知。
2. 患者当地顺丰快递公司可以进行药品配送服务。
3. 患者自愿选择自行领药或邮寄援助药品，申请邮寄援助药品前必须签署患者知情同意书，同时按照项目要求提供相关材料。

#### 申请流程：

- 1、申请时间：领药前 3 天内；
- 2、申请材料：患者本人身份证正反面照片+项目医生开具的处方+邮寄药品知情同意书；
- 3、申请方式：全部申请材料扫描/拍照，发送至项目电子信箱 shengmingzhuanji@126.com；
- 4、项目办审核通过后，同步通知患者及项目药店，药师会在发药日代替患者进行快递邮寄，邮寄信息将通过短信或邮件发送至患者，申请遇到问题，请拨打项目热线 400-8188-781；
- 5、药品邮寄：患者需根据项目办回复信息主动追踪快递信息，当面签收药品；
- 6、资料回寄：项目信箱审核通过后，患者当天可将申请材料邮寄至项目办公室，若无法按时邮寄，会影响您下次的援助药品领取。
- 7、药品包装保管：患者需妥善保管所有援助药品空包装、铝塑板，下次领药时带回项目药店。

#### 若您确认药品需要项目药店协助进行邮寄，还请认真阅读以下几点：

1. 援助药品因您无法前去领药而产生的快递配送所有费用（包装、运输、保价等）需要您自行支付。
2. 因援助药品为高值药品，为了避免不必要的麻烦，所有邮寄请根据当地药品市场价值进行全额保价配送，由于各地快递距离、包装、以及患者领取援助药品数量不同，产生的费用也有所不同。（顺丰按保价金额千分之五收保费）。
3. 因疫情防控及假期原因，快递配送时效无法保证，药品寄出后会将单号通过邮件通知给您，请您主动关注配送情况，药品请务必当场查验再签收。

- 项目药店受患者委托进行药品邮寄，所有药品邮寄信息统一为患者本人，快递一旦揽收，药品物权归属于患者，若您快递产生的任何问题，还需患者自行承担。
- 若您有任何疑问，请联系项目热线 400-8188-781，详细信息可关注微信公众号“生命转吉肺癌患者援助”，了解更多项目信息。
- 生命转吉-肺癌患者援助项目最终解释权归中国初级卫生保健基金会所有。

---

#### 患者同意声明

我已经认真阅读了上述全部项目援助药品邮寄知情同意全部内容，知悉并自愿承担药品邮寄可能发生的失损、配送延迟风险，自愿申请药品邮寄并承担邮寄所需的相关费用，并同意遵守项目规定，提供项目所需电子或纸质材料。本次申请邮寄药品信息如下：

申请邮寄援助药品名称：马来酸阿法替尼片（商品名：吉泰瑞®）

申请邮寄援助药品数量：28 片

药品规格： 30mg  40mg

药品保价金额：\_\_\_\_\_元（大写：\_\_\_\_\_元）

（金额须按照当地市场价值全额填写，具体保价费用可咨询顺丰客服）

邮寄信息（务必字迹工整清晰准确）

患者姓名：\_\_\_\_\_ 联系电话 1：\_\_\_\_\_ 联系电话 2：\_\_\_\_\_

收件人地址（精确到门牌号）：\_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_

---

患者签字：

签字日期：