附件3

**“槐耳颗粒”药品援助项目患者知情同意书**

秉承山东省慈善总会的一贯宗旨：弘扬中华民族扶贫济困、乐善好施的传统美德，倡导符合时代特征的社会道德风尚，发动社会各界力量，筹募慈善资金，扶助社会弱势群体，促进社会文明进步而服务。山东省慈善总会在启东盖天力药业有限公司的大力支持下，开展了“槐耳颗粒”药品援助项目，旨在减轻肿瘤患者的用药经济负担。

* 项目援助对象

山东省济南市、青岛市、临沂市、淄博市和菏泽市符合“槐耳颗粒”适应症的肝癌、肺癌、胃癌、肠癌、乳腺癌的低保户和中低收入患者。

* 项目援助时间

2018年9月1日起至2020年12月31日止

* 项目申请条件

**医学条件（患者必须符合以下医学条件）**

1. 自愿申请
2. 临床明确诊断为符合“槐耳颗粒”适应症的肝癌、肺癌、胃癌、肠癌、乳腺癌的患者
3. 经项目注册医生确认在治疗中获益，继续使用仍将获益的患者；

**经济条件（患者必须符合以下经济条件）**

1. 低保户和中低收入患者;
2. 已经购买5个疗程（75盒）的“槐耳颗粒”。

* 患者援助项目终止条款（如有以下情况之一，援助自动停止）

1. 进入“槐耳颗粒”药品援助项目继续治疗的患者，需要到定点医院的注册医师处定期进行临床随访（低保户患者每2个月一次，中低收入患者在下一次领药前）。如有不符合“槐耳颗粒”适应症的情况发生，援助立即停止。
2. 经医院确认援助治疗的患者死亡。
3. 不能坚持到定点医院随访的患者。
4. 患者提供任何虚假医学报告及其他证明。
5. 患者将援助药品出售或转赠其他人。
6. 患者不再符合项目申请条件。

* 山东省慈善总会特别声明

1. 本项目为援助项目，患者均需自愿参加，山东省慈善总会对患者的病情和治疗，以及“槐耳颗粒”所可能产生的不良反应不承担责任和义务。
2. 患者必须本人或代领人（有户口本证明患者与代领药人为直系亲属关系）到发药点领取援助药品；非本人或代领人领药的，发药点有权不发放援助药品。
3. 关于本项目的任何信息均以我会正式发布的信息为准。我会不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。

我已仔细阅读上述内容，知晓项目申请条件，清楚了解项目终止条款。我愿意加入“槐耳颗粒” 药品援助项目，同意并将严格遵守项目相关规定，自愿按程序申请。

患者或代领药人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

年 月 日