

格列卫首次申请患者资料邮寄清单

- 1、《中华慈善总会格列卫患者援助项目申请人医学条件确认表》（1份）
- 2、《中华慈善总会格列卫患者援助项目患者知情同意书》（1份）
- 3、《中华慈善总会格列卫患者援助项目首次申请表》（1份）
- 4、患者本人有效期内的二代身份证正反面复印件（1份）

（注：未成年患者需要提供本人身份证（户口本）复印件，及患者父母身份证复印件）

- 5、患者家庭户口本复印件（1套）

（注：患者本人、配偶户口本信息页，22周岁及以下患者还需提供父母户口本信息页）

- 6、疾病确诊病历（住院病案首页及出院记录、或门诊手册、或诊断证明等）复印件（1套）
- 7、确诊检查报告单复印件：

慢性髓性白血病（CML）：分子生物学检查报告单、细胞遗传学检查报告单等（1份）

急性淋巴细胞白血病（Ph+ALL）：分子生物学检查报告单、细胞遗传学检查报告单等（1份），18周岁以下患者需提供联合化疗的相关医学凭证（住院病案、病历）

胃肠间质瘤（GIST）：病理检查（免疫组化）报告单复印件（1套）

隆凸性皮肤纤维肉瘤（DFSP）、慢性嗜酸粒细胞白血病（CEL）、嗜酸细胞过多综合症

（HES）、骨髓增生异常综合症（MDS）、骨髓增生性疾病（MPD）、侵袭性系统性肥大

细胞增生症（ASM）：确诊检查报告单（1套）

- 8、购买格列卫凭证（非病前低保患者提供）：

提供在中国大陆正规渠道购买，标有患者姓名的4个月格列卫药品的购药发票（原件或复印件加盖报销单位或开票单位公章，电子发票打印件等同于发票原件）及相应购药明细清单（原件或复印件）或处方签（原件或复印件）。



中华慈善总会格列卫患者援助项目 患者告知书

(2025年6月版, 请逐条仔细阅读后, 在患者知情同意书上签字)

亲爱的患者:

中华慈善总会格列卫患者援助项目是中华慈善总会接受瑞士诺华公司捐赠格列卫药品而设立的慈善项目, 为帮助申请人顺利得到援助, 特作如下公告:

一、申请条件

医学条件: 3周岁以上的患者, 患者(18岁以下患者监护人)知晓患者患慢性粒细胞白血病(CML); 1周岁以上的患者, 患者本人(18岁以下患者监护人)知晓患者患急性淋巴性白血病(PH+ALL); 18周岁以上的患者, 患者本人知晓患者患胃肠道间质肿瘤(GIST)/隆突性皮肤纤维肉瘤(DFSP)/慢性嗜酸粒细胞白血病(CEL)/嗜酸细胞过多综合症(HES)/骨髓增生异常综合症(MDS)/骨髓增生性疾病(MPD)/侵袭性系统性肥大细胞增生症(ASM); 经本项目医务志愿者医学评估符合格列卫在中国的药品适应症, 并能从格列卫继续治疗中获得有效治疗。

经济条件: 经济上无法持续承担格列卫药品费用的中国大陆贫困患者。

二、援助模式

患者提供4个月格列卫购药凭证, 经项目审批通过后援助8个月格列卫药品(注: 每个月按照30天计算)。

三、项目规定:

- 满足项目医学和经济条件的患者, 自愿申请本项目, 并确保提交的全部资料真实准确。
- 患者及家属需确保联系方式畅通, 积极配合项目办审批工作。患者及家属应主动拨打项目热线电话咨询、主动登陆项目网站关注、查询相关信息。
- 患者亲自到项目注册医生处进行医学检查及评估, 确认符合医学条件, 并且经过4个月格列卫持续治疗, 由注册医生在《中华慈善总会格列卫患者援助项目医学条件确认表》上签字确认。(项目注册医生是具有执业医师资格, 自愿义务加入慈善项目的医务志愿者。主要承担的慈善项目职责是为申请患者进行医学评估, 为已经获得项目援助的入组患者开具项目专用处方等, 具体名单以项目官方网站公布的为准。)
- 患者按照《中华慈善总会格列卫患者援助项目患者申请表》中填表说明的要求准备资料, 邮寄到中华慈善总会格列卫患者援助项目办公室进行审核, 审核次序根据项目办每次接收到患者资料的时间先后次序而定。审批通过的患者, 方可获得援助。
- 项目办每次收到患者资料后, 审核时间为10个工作日。逾期未接到审核结果通知的患者, 请主动来电查询审核结果。
- 已经批准获得援助的患者, 请牢记项目档案号。患者本人每30天亲自按时前往项目指定发药点在发药日领取援助药品(每次领取30天药量), 也可下载项目“中慈助医”APP办理委托代领药品手续。(项目发药点是中华慈善总会委托的地方慈善机构/药店/医院等协助发放援助药品的场地, 具体名单以项目官方网站公布的为准。)
- 每月收到项目办发送的领药短信通知后, 患者需要在“中慈助医”APP的“领药”页面完成人脸识别安全认证(有效期10天), 及时前往注册医生处进行医学检查并开具项目专用处方, 也可下载项目“中慈助医”APP, 自行向注册医生申请电子处方。处方有效期为10天, 逾期需要重新开具。
- 已完成人脸识别安全认证的患者领取援助药品需携带本人身份证原件(未成年人需携带身份证/户口本原件和法定监护人身份证原件)、项目专用处方、上次领取援助药品的全部内外空包装(含药盒、药板)。已办理完代领药手续的还需携带代领人身份证原件。上述领药手续不齐全或者未收到项目办发送的领药短信通知的患者不能领药。
- 患者领取援助药品需当场认真查验药品的性状、数量、内外包装、规格、批号、有效期等是否完好齐全无误, 并按说明书要求妥善存放, 援助药品签收领取后不予更换和补发。
- 援助药品需患者本人按照医嘱和说明书使用, 不得将援助药品出售或转赠他人。当患者停止服用援助药品或退出援助项目时, 应将未使用过的格列卫药品及内外空包装(含药盒、药板)全部退还至发药点。
- 患者可通过“中慈助医”APP查询审批进度, 完成领药前的人脸识别安全认证、办理代领药、变更发药点和医生、申请电子处方等业务。
- 中华慈善总会及相关审计部门有权随时对申请及受助患者的医学、经济情况进行抽查、复核, 请患者妥善保存您在申请及受助期间的病历资料及相关检查报告, 并积极按照要求的抽查、复核频率和规则配合办理(包括但不限于提交医学和经济资料、到医院进行指定医学检查等)。如患者及家属的家庭经济状况(如低保资格、经济收入等)发生改变, 请主动告知项目办。
- 如患者在申请及受助过程中, 个人相关联系电话、邮寄地址等重要信息发生变化时, 请向项目办提交书面变更申请及时进行更新, 如项目办因无法与您取得联系造成的损失将由患者自行承担。

四、退组机制：

患者在受助期间如出现如下情况的，将无法再得到项目援助：

- 因不可抗力因素（包括但不限于自然灾害、社会事件、政府行为、政策法规等）或捐赠方捐赠政策变化等，导致项目无法继续开展或完全终止的；
- 患者援助周期自动结束的；
- 患者自动放弃援助资格的；
- 患者在项目申请及受助期间，违反项目规定的（包括但不限于未按时按量领药，未归还全部援助药品内外空包装，冒领、多领援助药品等）；
- 患者未如实申报经济及医学状况或在申请及受助期间提供虚假资料的；
- 患者的家庭经济状况发生变化，导致不再符合项目援助条件的；
- 患者入组后，医学评估结果为疾病进展（PD）或服药无效的；
- 患者服用格列卫治疗期间出现严重不良反应，经积极处理仍未缓解的；
- 患者连续 60 天未领取援助药品的；
- 患者及家属干扰中华慈善总会项目办、注册医生、发药点正常工作秩序的；
- 患者及家属不配合项目医学、经济的抽查、复核，或核查结果不合格的；
- 患者通过其他途径获得格列卫药品供给的（如参加医学临床试验、慈善救助、商业保险项目等）；
- 患者触犯国家法律法规的（如患者及家属倒卖慈善药品、患者及家属向项目相关工作人员行贿等）。

五、特别声明：

- 格列卫患者援助项目需患者本人直接申请，项目办不接受任何其他人员代表患者进行项目申请。
- 患者申请项目均应以中华慈善总会项目办公室发出的正式信息为准，如有任何问题敬请致电中华慈善总会格列卫患者援助项目热线咨询，也可登陆中华慈善总会格列卫患者援助项目网站查询，以准确、详实地了解项目申请程序及相关要求，因患者自身原因导致申请、受助等延误的，患者应自行承担后果，项目办不为患者误听其它渠道信息产生的后果承担责任。
- 患者应在项目官方网站免费下载所需要的最新版本表格，请勿在其他非正规渠道获取项目表格。
- 项目 APP 是医生自愿使用的，不方便使用的医生需一律通过线下方式操作。
- 项目的发药点、医务志愿者以官网公布的名单为准，根据项目的执行情况会产生增减变化。
- 患者用药应遵从医嘱，以规范治疗为原则，定期复查，及时接受治疗。服药过程中如出现不良事件，需及时咨询医生，通报药品生产企业诺华公司药物安全部门，必要时诺华公司会联系主治医生或者患者本人进行不良事件的回访。中华慈善总会为慈善机构，对患者的病情和治疗，以及援助药品所可能产生的任何不良反应不承担任何责任和义务。
- 在援助药品进口、配送或发放过程中，因无法抗拒原因或捐赠方原因导致援助药品中断或延误的，中华慈善总会不承担任何责任和义务。
- 中华慈善总会对患者信息将严格保密，患者的信息仅用于项目的管理、执行和审计，以及患者户籍或医保所在地相关政府部门。
- 对申请和受助中出现任何问题，患者与中华慈善总会格列卫患者援助项目办公室协商解决。协商不成，由中华慈善总会所在地法院依法判决。
- 中华慈善总会格列卫患者援助项目办公室对项目拥有最终解释权。

中华慈善总会格列卫患者援助项目办公室联系方式：

项目官网：www.gipap.org.cn

热线电话：400-770-1033

工作时间：周一至周五（9:00-12:00；13:00-17:00，法定节假日除外）

邮政信箱：北京市100034信箱20分箱（本邮箱只接收邮政快递EMS）

中华慈善总会
格列卫患者援助项目办公室
2025年6月



中华慈善总会格列卫患者援助项目 患者知情同意书

我自愿按程序申请中华慈善总会格列卫患者援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会格列卫患者援助项目患者告知书-2025年6月版》的全部信息，并完全接受其中的各项约定。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，严格遵守中华慈善总会格列卫患者援助项目的各项规定，积极配合项目不定期抽查复核，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中华慈善总会格列卫患者援助项目、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

患者本人签字：

签字日期：

18周岁以下或无能力为自己做出医疗决定的患者，

（可由法律监护人<父母或法定人员>代签）

我声明，我谨代表患者_____，我已完全知晓格列卫项目的相关规定。

法律监护人签字：_____ 签字日期：_____



中华慈善总会格列卫患者援助项目 申请人医学条件确认表——（GIST）

患者姓名		身份证号	
以下内容由注册医生填写			
医院名称			
首次确诊时间	_____年_____月		
疾病诊断	<input type="checkbox"/> 胃肠间质瘤—不可切除/复发 <input type="checkbox"/> 胃肠间质瘤术后		
原发肿瘤灶部位	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 小肠 <input type="checkbox"/> 其他_____		
免疫组化检查结果	CD117 <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性	CD34 <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性	DOG1 <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性
KIT 和 PDGFRA 外显子突变检查结果			
服药两个月后格列卫治疗情况摘要			
开始服药剂量	<input type="checkbox"/> 400mg/天 <input type="checkbox"/> 600mg/天 <input type="checkbox"/> 800mg/天 <input type="checkbox"/> 其他_____mg/天		
是否符合援助医学标准	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
下阶段推荐剂量	<input type="checkbox"/> 400mg/天 <input type="checkbox"/> 600mg/天 <input type="checkbox"/> 800mg/天 <input type="checkbox"/> 其他_____mg/天		
备注	（如服药期间有剂量变更或使用非标准剂量等内容，请备注说明）		
注册医生签字		填表日期	

备注：

- 1、此表须由注册医生（项目医务志愿者）亲自填写，不得空缺。如此表格有涂改，须注册医生在修改处签字。
- 2、此表自填表日期起 3 个月内有效。



中华慈善总会格列卫患者援助项目 首次申请表——患者本人及配偶经济情况

患者姓名:	年龄:	联系电话:
请您勾选工作情况: <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
工作单位名称:	工作部门及职务:	
上一年度个人年总收入(年收入包括工资、奖金及其他零散收入): _____元		
证明单位盖章: (公章) 年 月 日		

患者配偶姓名:	年龄:	联系电话:
请您勾选工作情况: <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
工作单位名称:	工作部门及职务:	
上一年度个人年总收入(年收入包括工资、奖金及其他零散收入): _____元		
证明单位盖章: (公章) 年 月 日		

备注:

- 1、此表不得空缺,不得涂改,如无配偶请填写“无”。
- 2、有固定工作者需目前所在单位盖章证明,临时工作、个体经营、务农及其他工作者需由当地街道或乡镇政府盖章证明,学生需由所在学校盖章证明。
- 3、个体经营需提供营业执照复印件及近半年的完税证明。



中华慈善总会格列卫患者援助项目 首次申请表——患者父母经济情况

患者父亲姓名：	年龄：	联系电话：
请您勾选工作情况： <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
工作单位名称：	工作部门及职务：	
上一年度个人年总收入(年收入包括工资、奖金及其他零散收入)： _____元		
证明单位盖章： (公章) 年 月 日		

患者母亲姓名：	年龄：	联系电话：
请您勾选工作情况： <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
工作单位名称：	工作部门及职务：	
上一年度个人年总收入(年收入包括工资、奖金及其他零散收入)： _____元		
证明单位盖章： (公章) 年 月 日		

备注：

- 1、22周岁（含）以下患者需填写此表，不得涂改。
- 2、有固定工作者需目前所在单位盖章证明，临时工作、个体经营、务农及其他工作者需由当地街道或乡镇政府盖章证明。
- 3、个体经营需提供营业执照复印件及近半年的完税证明。