

中国初级卫生保健基金会

“助力成长 关爱未来”矮小症患者公益援助项目

患者项目意向书

尊敬的家长朋友：

您好！

中国初级卫生保健基金会在全国开展“助力成长 关爱未来”矮小症儿童公益援助项目。在您决定是否参加本项目之前，请仔细阅读以下内容，它可以帮助您了解该项目的背景、时间、援助方案、申请条件等内容，以及参加项目后可能给您带来的益处和风险。如果您愿意，也可以和您的亲属、朋友一起讨论，或者请您的医生给予解释，为您是否参加此项目提供建议和意见。

★ 项目援助方案

- 患者在项目定点医院经专科医师确诊为矮小症（内源性生长激素缺乏症），需要接受不少于 6 个月注射用重组人生长激素的治疗方案，患者在正规渠道购买 3 个月注射用重组人生长激素（海之元[®]）并至少规范治疗不少于 2 周后，符合项目申请条件的患者，本项目将为其免费提供后续 3 个月治疗所需的同等数量注射用重组人生长激素（海之元[®]）药品。患者后续每年可按申请条件再次申请援助 1 次。

★ 项目援助申请条件（需要满足以下全部条件）

- 经项目定点医院专科医师确诊为矮小症（内源性生长激素缺乏症），遵医嘱可以规范使用注射用重组人生长激素（海之元[®]）进行治疗，患者经使用注射用重组人生长激素治疗至少 2 周以上未发生该药品相关不良反应可继续治疗；
- 家庭经济条件困难的患者（贫困家庭或低保户家庭等）；
- 持有中华人民共和国居民户籍的患者；
- 患者法定监护人正楷填写项目意向书、项目援助申请表并同相关申请材料一起提交至项目办公室进行项目申请。相关材料通过邮政快递邮寄到项目办公室（仅限邮政特快专递 EMS，不接受到付）。

备注：若审核不合格，项目办公室将在收到申请材料后 15 个工作日内电话通知申请不成功，所有申请材料按照项目要求存档，概不退还。

★ 项目援助终止条件（如有以下情况之一，自动停止提供援助）

- 使用注射用重组人生长激素（海之元[®]）治疗期间出现严重不良反应；
- 患者本人或其法定监护人自愿申请停止使用注射用重组人生长激素（海之元[®]）治疗；
- 项目医生认为患者有必要停止使用注射用重组人生长激素（海之元[®]）治疗；
- 患者不能按照项目要求定期随访；
- 患者提供任何虚假的医学或经济证明，或隐瞒其真实信息（包括医学及经济信息等）；



- 患者进入新药临床试验或其他援助项目；
- 患者或其法定监护人将赠药出售或转赠其他人；
- 本项目因不可抗力或特殊原因必须停止。

★ 项目获益

患儿及其家庭、社会都将可能从本项目中获益。此种获益包括患儿将获得注射用重组人生长激素（海元元[®]）规范化治疗，可以改善身高，减轻未来社会及家庭压力，提高生活质量。

★ 参加本项目可能的风险和项目规定

所有临床治疗都可能有风险。本项目并非新药临床研究，不影响医生的诊治及处方行为，医生根据患者疾病情况和治疗常规对患者进行治疗。在治疗期间需要按照项目规定按时到项目医生处进行随访，做相关检查，这些都可能给您造成不便。

★ 法律声明及特别说明

- 本项目为患者援助项目，患者需自愿参加，中国初级卫生保健基金会对患者的病情及治疗方案不承担任何责任和义务。
- 关于本项目的任何信息均以中国初级卫生保健基金会正式发布的信息为准，基金会不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。
- 本项目的最终解释权归中国初级卫生保健基金会。
- 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方保留，除卫生监管部门审查监督外，不会披露给其他第三方。涉及到用药不良事件时，在符合适用的法律法规的前提下，相关患者信息和资料会披露给药品不良反应监管部门，其可能会就此进行跟进和随访，将该信息录入到药品不良事件数据库并按照相关法律法规上报给相关法规部门。

患者的法定监护人_____已阅读上述内容，知晓本项目申请条件，自愿加入本项目，同意并将严格遵守本项目的相关规定，自愿按本项目要求的程序申请项目援助。

患者姓名：_____

患者法定监护人签名：_____

签字日期：____年____月____日

项目医生签名：_____

签字日期：____年____月____日