



# 中国红十字基金会“天使友爱”血友病患者援助项目 知情同意书

1. 为了使甲型血友病患者得到更好的关爱，中国红十字基金会（以下简称“中国红基会”）对医保所在地为云南省、四川省的患者开展“天使友爱”血友病患者援助项目（以下简称“本项目”），向符合条件的援助对象资助部分治疗费用，以支持血友病患者接受更好的治疗，减轻经济负担；
2. 申请过程中，如出现虚假、伪造或隐瞒等行为，将不予资助，如已获得资助，中国红基会保留依法追索资助款的权利；
3. 申请人在医疗过程中可能会出现医疗风险，由医患双方明确责任，中国红基会不承担任何责任；
4. 本项目最终解释权归中国红基会所有，申请人或申请代办人应保证以下材料的真实性和完整性；
5. 为确保项目合规性，中国红基会可能会监查或委托第三方对受益人申请和受益情况进行监查；
6. 有关本项目相关具体信息，请详见：

中国红十字基金会官网（<http://www.crcf.org.cn>）

项目公众号“天使友爱血友病援助项目”（[tianshiyouai-CRCF](https://www.tianshiyouai.com)）

## 一、项目援助模式

针对已使用注射用重组人凝血因子VIII治疗的甲型血友病患者，资助部分重组人凝血因子VIII药物治疗费用（治疗药品仅限于百因止），援助金额最高不超过患者药品单张发票费用总额的20%，且每次援助金额不超过患者当次购买药品费用的实际自付金额。

## 二、项目覆盖城市

1. 云南省全省，四川省全省；
2. 以上地点以患者医保缴纳所在地为判断标准。

## 三、项目申请条件

1. 临床诊断为甲型血友病的患者；
2. 经评估确认符合百因止适应症，且已在项目覆盖城市接受过百因止治疗的患者（百因止适应症请参考处方说明书）；
3. 经济条件困难的患者；
4. 持有中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆居民。

## 四、项目申请材料

为评估患者的申请符合项目的医学及经济标准，患者需填写项目知情同意书、项目援助申请表并同相关申请材料一起提交至我会进行项目申请。

## 五、项目援助终止条款（如有以下情况之一，将停止提供援助）

- 1、患者死亡；
- 2、患者或其法定监护人提供任何虚假医学或经济证明；

中国红十字基金会“天使友爱”血友病患者援助项目

工作热线：010-85594860

工作日上午 9:30-11:30 下午 14:00-17:00

项目邮箱：[tianshiyouai@crcf.org.cn](mailto:tianshiyouai@crcf.org.cn)



关注公众号：天使友爱



- 3、因不可抗力或因特殊原因必须停止援助项目；
- 4、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。

## 六、项目援助中止条款（如有以下情况之一将暂停援助，1年内如能按项目要求进行则恢复资助）

- 1、患者或其法定监护人/父母要求停止使用重组人凝血因子VIII治疗，或自愿退出；
- 2、患者或其法定监护人拒绝接受援助项目监查。

## 关于患者个人信息保护的特别声明

- 1、本项目为患者援助项目，患者需自愿申请参加，并自愿提供且同意中国红基会及地方省红十字会收集项目申请、审核和批准所需的相关信息(包括联络信息、经济条件、健康信息以及相关医学资料等，如下称“个人信息”)。中国红基会对收集的个人信息进行登记、更新和分类，对患者的病情、治疗不承担任何责任和义务。
- 2、援助金会通过银行转账的方式定期汇至患者本人名下的银行账户中。
- 3、对于患者提供的个人信息，中国红基会将严格保密，不会用于任何商业目的，仅仅用于项目管理、执行、审计等目的，也不会将患者的个人信息传到中国境外。我们承诺，除了本知情同意书所述之外，中国红基会不会泄露、出售、出租或交易患者的个人信息。我们将保护患者个人信息的安全，并保护患者的信息免受丢失、滥用、未经授权访问、披露、变更或销毁。
- 4、患者可随时联系我们，请求访问、更正或删除其个人信息，或者咨询任何与其个人信息相关的问题。我们会采取合理步骤，更新或更正或者移除基金会所持有的关于患者的个人信息。但是在个人信息删除的情况下，中国红基会将无法继续为您提供本项目的患者援助服务。
- 5、患者个人信息将由主办方或项目委托执行方保留，除卫生监管部门、地方政府、有资质的第三方审计公司的审查监督外，不得披露给其他第三方，并依约在项目结束后留存三年后销毁。
- 6、关于本项目的任何信息均以我会正式发布的信息为准，中国红基会不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。

**本人已阅读上述内容，知晓本项目申请条件，患者自愿加入本项目并自愿签署此份同意书，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。**

患者或患者法定监护人签名：\_\_\_\_\_

签字日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

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）；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。

