



# 合多普®盐酸多柔比星脂质体

## 公益援助项目

# 患者申领手册



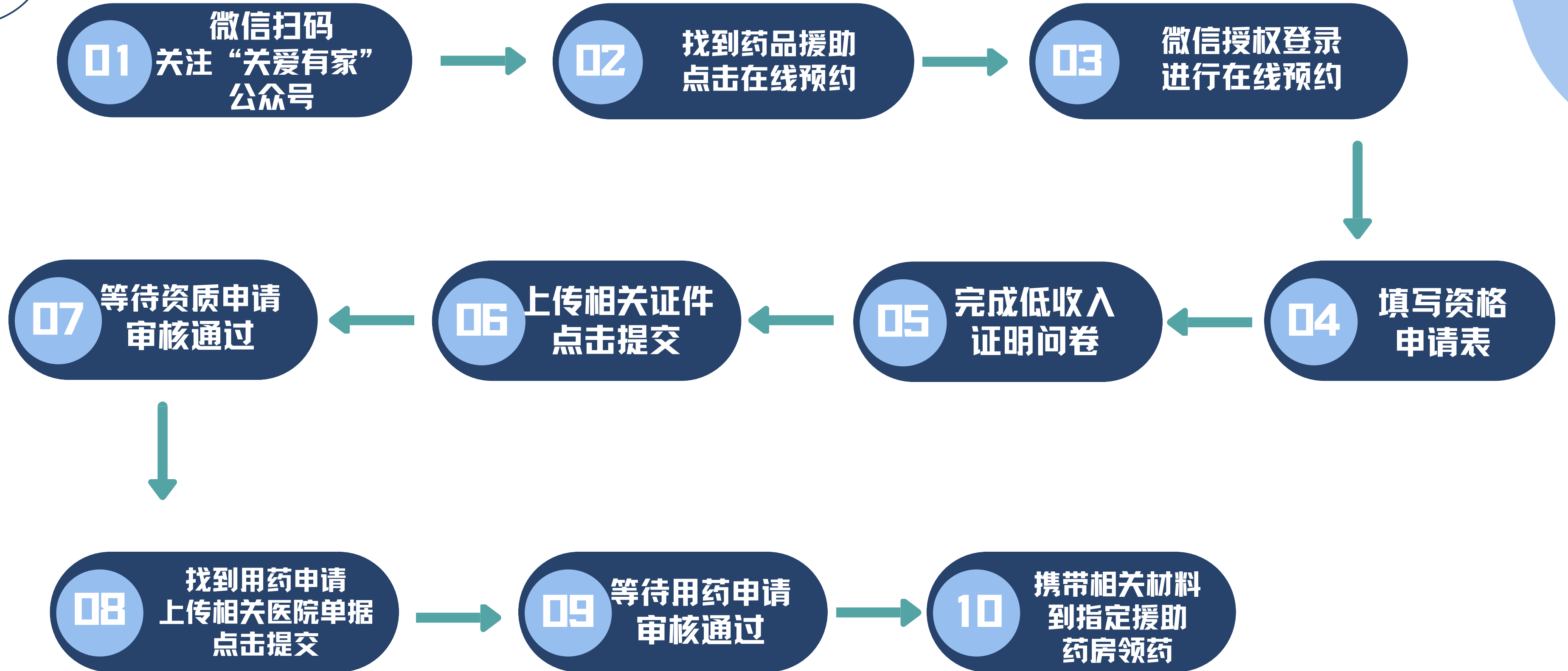


# 患者首次 申领流程





# 首次申领总流程图





# 首次申领材料清单

## 资格审查材料清单

序号	资格审查材料名称	注意事项
1	线上填写资格申请表单	按照要求将信息填写完整并承诺真实性
2	申请人本人及（/或）直系亲属身份证正反面	必须为有效期内的二代身份证
3	本人其他证件信息（若有） -居住证、暂住证、医保卡、 军人证、残疾人证、教师证、 学生证、低保证	若申请人本人身份证住址非福建省内且就诊医院不在福建省内，则必须提供居住证/医保卡（任选一）
4	线上填写申请人收入水平与 治疗负担评估问卷	按照要求将信息填写完整并承诺真实性





# 首次申领材料清单

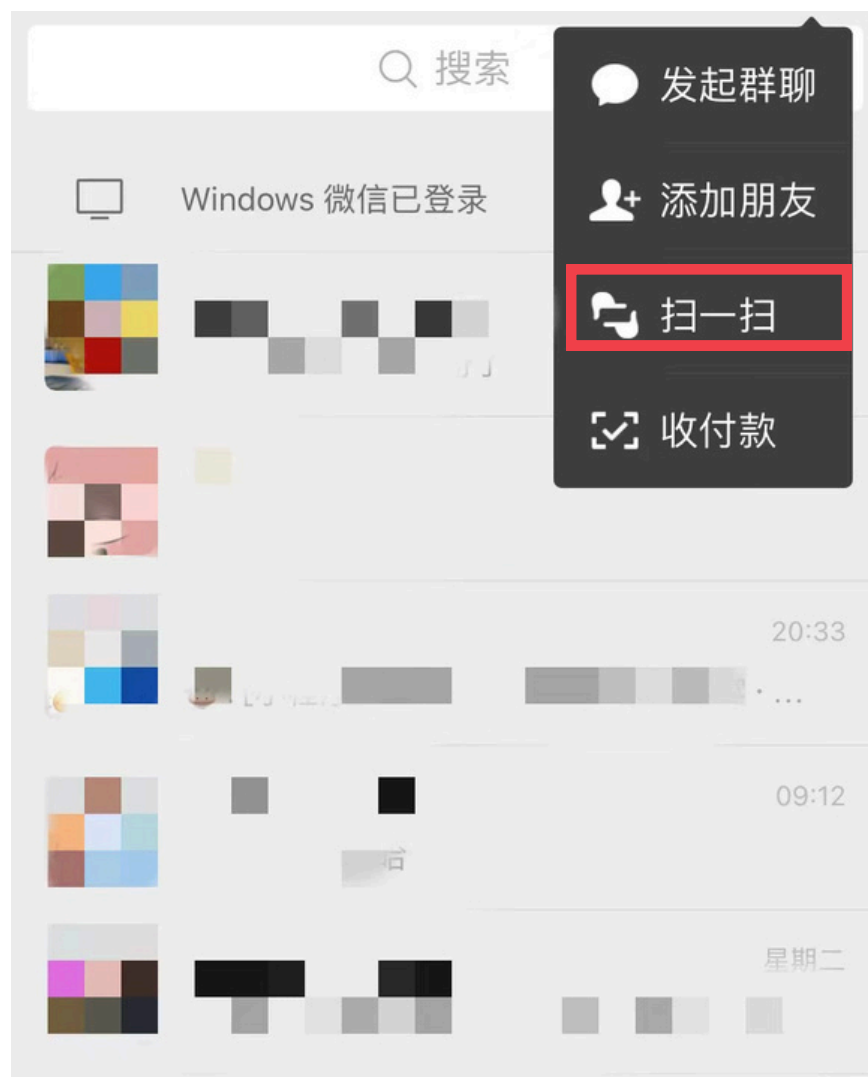
## 用药申领材料清单

序号	用药申领材料名称	注意事项
1	最新诊断病历、病情证明	申请时前 60 天内的诊断病历、病情证明
2	影像报告	申请时前 60 天内的影像学报告单
3	一疗程盐酸多柔比星脂质体注射液（合多普®）购药发票	①中国大陆正规购药发票 -发票抬头需为申请人本人，若发票明细未体现盐酸多柔比星脂质体注射液（合多普®），提供对应购药清单 ②发票日期为自 6 月 20 日起及以后
4	医院用药处方单、医学条件评估表	①需填写清晰、完整、无涂改 ②需医生签字 ③处方时间及填表时间需在第一盒自费购药发票日期之后。患者需在处方有效期（3 日内）提交申请。



# 微信扫码关注“关爱有家”公众号

01



患者打开微信APP,点击右上角“+”使用微信扫一扫，扫描二维码，关注关爱有家公众号



# 找到药品援助， 点击在线预约

02



## 关爱有家

福建省关癌有家恤病基金会

福建省关癌有家恤病基金会是经福建省民政厅批准设立的首个专门针对癌症防治领域的省级非公募慈善基... >

232篇原创内容

视频号: 关爱有家小助手

3个朋友关注

已关注公众号

发消息

创建时间 2024年07月11日 09:46:42

单据申请审批通知

单据名称 药物申领

创建人 白菜

创建时间 2024年

在线预约

资格申请

用药申请 知

申请指导

进度查询 :46:43

≡ 专项计划

≡ 药品援助

≡ 健康未来

点击“发消息”，在公众号菜单栏中找到“药品援助”，点击在线预约。



# 微信授权登录，进行在线预约

03

福建省抗癌有家癌病基金会  
FUJIAN FCCF

微信用户一键登录

☒ 我已阅读并同意《隐私政策》《知情同意书》《个人敏感信息处理同意书》

阅读《隐私政策》、《知情同意书》、《个人敏感信息处理同意书》后勾选，点击微信用户一键登录。

公益援助项目

在线预约

请输入患者姓名

请输入手机号码

请输入验证码 [获取验证码](#)

提交

☒ 我已阅读并同意《隐私政策》《知情同意书》《个人敏感信息处理同意书》

注意阅读  
并勾选←

跳转至在线预约页面，输入患者姓名、填写手机号，验证码登录后点击提交。





# 填写资格申请表

04

跳转至资格申请表页面填写患者信息，并按要求上传身份证照片。填写完成后点击下一步（注意：按照要求将信息填写完整并承诺真实性）

×

资格申请表

...

患者信息

姓名

请输入姓名

性别

请选择性别 >

出生日期

请选择出生日期 >

所在省份

请选择所在省份 >

所在城市

请选择所在城市 >

所在区/城镇

请选择所在城镇 >

详细地址

请输入详细地址

申请申领药房

请选择申请申领药房 >

身份证号

请输入身份证号

身份证照片

姓名

性别

出生

住址

身份证号码

身份证人像面

中华人民共和国居民身份证

身份证国徽面

紧急联系人

姓名

请输入姓名

联系方式

请输入联系方式

下一步

为患者本人姓名

审核通过后，您将前往此处申领药品

- 国药控股厦门振海药房有限公司
- 国药控股福建专业药房有限公司厦门滨南药房
- 国药控股福建专业药房有限公司厦门侨英药房

必须为患者本人有效期内的二代身份证



# 完成低收入证明问卷

05

填写申请人收入水平与  
治疗负担评估问卷(注意：按  
照要求将信息填写完整并  
承诺真实性)

×

低收入证明

...

1.请选择您的个人月收入区间 (单选)

☐ 低于或等于966元/月

☐ 967元/月至1063元/月

☐ 1064元/月至1276元/月

☐ 1277元/月至1659元/月

☐ 高于1659元/月

2.请选择您的家庭月收入区间 (以家庭为单位, 包括所有家庭成员的收入总和) (单选)

☐ 低于或等于2898元/月

☐ 2899元/月至3189元/月

☐ 3190元/月至3828元/月

☐ 3829元/月至4977元/月

☐ 高于4977元/月

3.请选择您的治疗费用占家庭月收入的占比 (单选)

☐ 低于10%

☐ 10%至20%

☐ 21%至30%

☐ 31%至40%

☐ 高于40%

4.您是否确认以上所填写的信息均真实有效; 清楚了解提供虚假信息将影响相关政策的享受, 并可能受到法律追究 (单选)

☐ 是

☐ 否

下一步





# 上传相关证件,点击提交

选择证件类型，拍照上传  
证件相关证明(选填) 及医  
社保卡(必填)正反面。点  
击提交。等待后台审核。

若申请人身份证所在  
地、就诊医院所在地**非**  
福建省，请**上传相关佐**  
**证材料。**

×

其他证件信息

...

证件类型 (选填)

请选择

>

上传证件相关证明 (选填)

云上传图标

社保卡

社保卡正面

社保卡背面

提交

军人
残疾人
教师
学生

注意：医社保卡为必填项  
(电子医社保卡凭证的截  
图应当清晰显示申请人的  
身份证号和参保地)



# 等待资质申请审核通过

07

单据申请审批通知

单据名称 用户资格认证审核通知

创建时间 2024年07月11日 13:24:19

审核结果 **审核成功**

≡ 专项计划 ≡ 药品援助 ≡ 健康未来

在线预约

单据申请审批通知

单据名称 药物申领 资格申请 用药申请 申请指导

创建人 白菜

创建时间 2024年

进度查询 :46 43

≡ 专项计划 ≡ 药品援助 ≡ 健康未来

若**审核成功**，公众号将会发送通知，也可以点击药品援助-进度查询-资质申领进度中查看。

进度查询

资质申领进度 药物申领进度

1 资质申请提交 2024-07-11 13:17:21

2 资质申请提交 2024-07-11 13:17:21

3 资质申领审核通过 2024-07-11 13:24:19

若**审核失败**，公众号将会发送通知，通过点击药品援助-进度查询-资质申领进度中查看审核不通过的具体原因。点击重新上传资质申请。

单据申请审批通知

单据名称 用户资格认证审核通知

创建时间 2024年07月11日 13:39:51

审核结果 **审核失败**

≡ 专项计划 ≡ 药品援助 ≡ 健康未来

进度查询

资质申领进度 药物申领进度

1 资质申请提交 2024-07-11 13:39:23

2 资质申领审核驳回 2024-07-11 13:39:51

身份证不在有效期内

重新上传资质申请



# 找到用药申请,上传相关医院单据点击提交

08



资质审核申请成功后，点击药品援助—用药申请。拍照上传相关医院单据，点击提交。



## 影像报告

- ① 申请时前60天内的影像学报告单
- ② 报告拍摄清晰完整

## 一疗程盐酸多柔比星脂质体注射液（合多普®）购药发票

- ① 中国大陆正规购药发票  
- 发票抬头需为**申请人本人**，若发票明细未体现盐酸多柔比星脂质体注射液（合多普®），提供对应购药清单
- ② 发票日期为6月20日以后

## 医院用药处方单、医学条件评估表（为同一医生签字）

- ① 需填写**清晰、完整、无涂改**
- ② 需**医生签字**
- ③ 处方时间及填表时间需在**第一盒自费购药发票日期之后**。患者需在处方**有效期（3日内）提交**申请。

## 最新诊断病历、病情证明

- ① 申请时前60天内的诊断病历、病情证明
- ② 报告拍摄清晰完整





## 影像报告示例 (表中打码部分不可打码, 需清晰露出)

## 购药发票示例

**MR\_D检查报告单**

影像号: ■■■238 片号: ■■■02023 MR\_D号: 20240710066

姓名: ■■■ 性别: 女 年龄: 58岁 拍摄日期: 2024-07-10

科别: 肿瘤内科门诊(东) 床号: / 住院号: / 报告日期: 2024-07-11

检查项目: 头颅(磁共振), 腰椎(磁共振), 胸椎(磁共振), 骶椎(磁共振)

检查方法: 平扫+DWI, 平扫, 平扫, 平扫

影像表现:

头颅大小形态未见异常, 两侧侧脑室旁少许点状FLAIR稍高信号, DWI序列未见异常信号。脑室脑池未见扩张, 脑沟脑裂未见增宽, 中线结构居中。部分空蝶鞍。

胸椎生理曲度存在, 椎体排列整齐。胸10、胸12椎体及第6胸椎附件骨信号不均, 可见T1WI稍低、T2WI稍高信号, 内可见囊性信号。部分椎体骨质边缘变尖。胸椎间盘未见膨出或突出, 相应硬膜囊未见受压, 椎管未见狭窄。椎管内未见明确占位征象。椎旁软组织未见异常信号影。

腰椎生理曲度存在, 椎体排列整齐。部分椎体骨质边缘变尖。腰椎椎体未见明显占位征象。腰4-5椎间盘突出, 相应硬膜囊受压, 椎管狭窄, 左侧椎间孔稍狭窄。椎管内未见明确占位征象。椎旁软组织未见异常信号影。

骶椎生理曲度存在, 椎体排列整齐。椎管内未见明确占位征象。椎旁软组织未见异常信号影。

印象:

部分胸椎椎体信号不均, 考虑转移;  
腰4-5椎间盘突出;  
椎体退行性变;  
缺血性脑白质病变(1级);  
部分空蝶鞍。

报告医师: ■■■ 审核医师: ■■■

(此影像资料仅供临床参考, 不作为法律依据, 经审核医师签字后有效)

需有医院全称

申请时前60天内的

医生签名清晰

发票抬头需为申领人本人

若发票明细未体现盐酸多柔比星脂质体注射液(合多普®), 提供对应购药清单

**电子发票(普通发票)**

发票号码: 24942000000 开票日期: 2024年06月26日

名称: 叶■■ (个人)

名称: 国药控股厦门振海药房有限公司

统一社会信用代码/纳税人识别号: 91350203MA32R9UFx2

项目名称	规格型号	单位	数量	单价	金额	税率/征收率	税额
*化学药品制剂*盐酸多柔比星脂质体注射液	25ml:50mg	支	1	11650.4854368932	11650.49	3%	349.51

合计 价税合计(大写) 壹万贰仟圆整 (小写) ¥12000.00

开票人: 刘星童

发票日期为6月20日以后

与申领药物的规格一致





## 医学评估表示例

几次申领则填几次

第 / 次医学条件评估表

合多普®盐酸多柔比星脂质体公益援助项目			
申请人填写			
姓名	张三	身份证号码	352201198002230067
本人联系电话	1111/1111	家属联系电话	222222222222
医院	厦门大学附属第一医院	医生	王五
医生填写			
患者诊断	符合盐酸多柔比星脂质体（合多普®）在中国获批适应症： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
疗效评估	<input type="checkbox"/> CR <input checked="" type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD 若勾选“PD”，是否有临床获益： <input type="checkbox"/> 是，请您对有临床获益进行具体描述： <input type="checkbox"/> 否		
检查报告单	医生已审阅并认可的医学材料（勾选）： <input type="checkbox"/> 2024年7月10日的影像学检查报告单 <input type="checkbox"/> 其他： 注：疗效评估报告检查时间需在患者用药之后申请项目之前。		
使用盐酸多柔比星脂质体（合多普®）治疗是否有不可耐受的毒副反应： <input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (本栏如未勾选，本评估表无效)			
医生意见			
是否使用盐酸多柔比星脂质体（合多普®）继续获益	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
是否可再继续使用盐酸多柔比星脂质体（合多普®）治疗	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
提示：治疗期间根据个体患者的安全性和耐受性，允许暂停给药，不建议增加或减少盐酸多柔比星脂质体（合多普®）剂量。			
医生签字：王五 评估日期：2024.7.11			
备注： 1. 本表医学信息须由医生填写并签字，请申请人配合医生完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成此表格作废。 2. 严格遵守：治疗期间，每个治疗周期间隔时间不得超过【4】周。 3. 附上相应报告单或其他证明材料原件或复印件（需医生签字）。			

患者基本信息填写完整

如实勾选

以实际日期为准，

如实勾选

医院

需有医院全称

普通处方  
当日有效

处方笺

门诊/住院病历号：		年 月 日	
姓名：	性别：男女	年龄：岁	类别：公/自/保
临床诊断：		科别（病区及床号）：	

处方时间及填表时间需在第一盒自费购药发票日期之后。患者需在处方有效期（3日内）提交申请。

患者信息填写准确、清晰、与申领人一致

XXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXX

医生开具的医嘱需注明和此次申领的援助药品数量与规格一致

医生签名：王五

医生签名为同一人



# 等待用药申请审核通过

09

单据申请审批通知

单据名称 药物申领审核通知

创建时间 2024年07月11日 13:57:16

审核结果 审核成功

≡ 专项计划 ≡ 药品援助 ≡ 健康未来

进度查询

资质申领进度 药物申领进度

若**审核失败**，公众号将会发送通知，通过点击**药品援助-进度查询-药物申领进度**中查看审核不通过的具体原因。点击重新上传用药申请。

创建时间 2024年07月11日 09:46:42

在线预约

单据申请审批通知

单据名称 药物申领

创建人 白菜

创建时间 2024年07月11日 09:46:43

资格申请

用药申请

申请指导

进度查询

≡ 专项计划 ≡ 药品援助 ≡ 健康未来

若**审核成功**，公众号将会发送通知，也可以点击**药品援助-进度查询-药物申领进度**中查看。

单据申请审批通知

单据名称 药物申领审核通知

创建时间 2024年07月11日 14:11:57

审核结果 审核失败

≡ 专项计划 ≡ 药品援助 ≡ 健康未来

进度查询

资质申领进度 药物申领进度

● 药物申请提交  
2024-07-11 16:14:57

● 药物申领审核驳回  
2024-07-11 16:15:22  
影像学报告不符合60天内

重新上传用药申请





# 携带相关材料 到指定援助药房领药

10

1	医院用药处方单	领药时携带并出示原件
2	领药通知	领药时出示项目公众号发出的领药通知
3	患者本人身份证原件	必须为有效期内的二代身份证
4	代领人身份证原件、复印件（正反面）	患者本人因各种原因不能现场领药、需要委托其他人代领的，代领人除需携带上述 1-3 项材料外，还需携带代领人本人身份证原件及复印件
5	领药委托书	患者本人因各种原因不能现场领药、需要委托其他人代领的，代领人除需携带上述 1-3 项材料外，还需携带填写完整并由患者及代领人共同签字捺印的领药委托书
6	患者药品签收确认单	在援助站领取药品时由患者本人或代领人签署

用药申请通过后，需携带以下材料，并在援助药房填写患者药品签收确认单或领药委托书。



## 患者药品签收确认单示例

患者药品签收确认单

本人(姓名) 张三，身份证号码为 352201198002230067

确认于 2024 年 7 月 11 日收到如下药品：

☐ 10ml:20mg 盐酸多柔比星脂质体注射液合多普® (盒)

☒ 25ml:50mg 盐酸多柔比星脂质体注射液合多普® 1 (盒)

本人已了解相关用药指导及注意事项，将严格按照医嘱及药品说明书使用药品。

患者本人签字： 张三

患者领药受托人签字：

签字日期： 2024.7.11

← 按实际领取日期填写

← 如实勾选领取  
的药物及数量

按实际领取日期填写

## 领药委托书示例

领药委托书

委托人： 张三  
身份证号码： 352201198002230067

受托人： 李四  
身份证号码： 352201198002231135

本人因 身体不适 无法亲自到现场领取药品，  
特委托 李四 代本人领取援助药品盐酸多柔比星脂质体注射液（合多普®），对受托人在办理领药过程中所签署的相关文件，我均以认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人（签字并捺印）： 张三

受托人（签字并捺印）： 李四

签字日期： 2024.7.11

附：受托人身份证复印件一份

按实际领取日期填写

委托人需提供身份证复印件



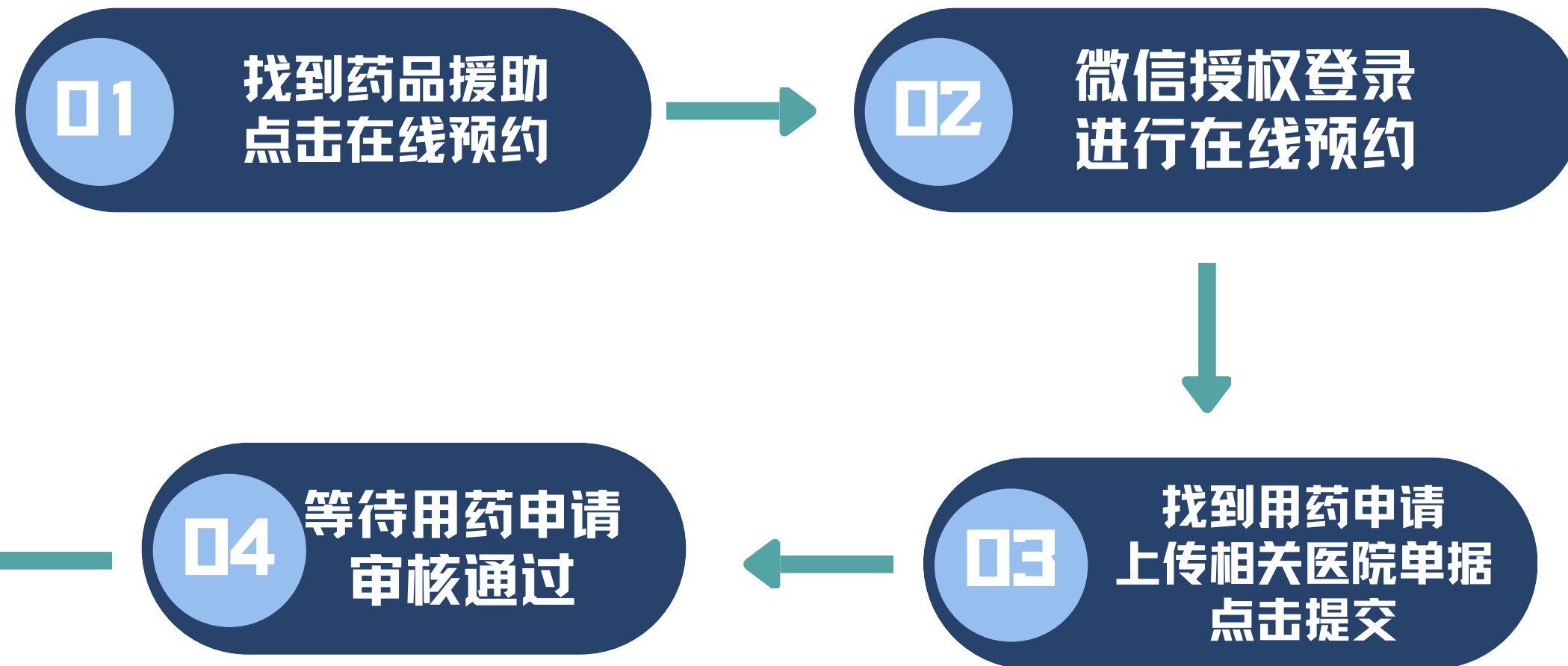
# 患者二次及多次 申领流程





# 二次及多次申领总流程图

距离上次注册超过30日的用户  
从这步开始



距离上次注册30日内的用户  
从这步开始





# 二次及多次申领材料清单

## 后续用药申请材料清单

序号	用药申领材料名称	注意事项
1	最新诊断病历、病情证明	患者应提供最新的病历材料，不得早于申请时前60天
2	影像报告	患者应提供最新的影像报告，不得早于申请时前60天
3	一疗程盐酸多柔比星脂质体注射液（合多普®）购药发票	①中国大陆正规购药发票 -发票抬头需为申请人本人，若发票明细未体现盐酸多柔比星脂质体注射液（合多普®），提供对应购药清单 ②发票日期：上次上传的发票日期以后；上次援助药品申领日期之后。 ③不得重复提供此前申请中所提交购药发票
4	医院用药处方单、医学条件评估表	①需填写清晰、完整、无涂改 ②需医生签字 ③处方时间及填表时间需在最近一次自费购药发票日期之后。患者需在处方有效期（3日内）提交申请。



# 找到药品援助， 点击在线预约

01



关爱有家

福建省关癌有家恤病基金会

福建省关癌有家恤病基金会是经福建省民政厅批准设立的首个专门针对癌症防治领域的省级非公募慈善基... >

232篇原创内容

视频号: 关爱有家小助手

3个朋友关注

已关注公众号

发消息

创建时间 2024年07月11日 09:46:42

单据申请审批通知

单据名称 药物申领

创建人 白菜

创建时间 2024年

在线预约

资格申请

用药申请

申请指导

进度查询

知

2024年07月11日 09:46:43

专项计划

药品援助

健康未来

距离上次注册超过30日的用户，需重新点击在线预约重新注册。点击“发消息”，在公众号菜单栏中找到“药品援助”，点击在线预约。





# 微信授权登录，进行在线预约

02

福建省抗癌有家癌病基金会  
FUJIAN FCCF

微信用户一键登录

☒ 我已阅读并同意《隐私政策》《知情同意书》《个人敏感信息处理同意书》

阅读《隐私政策》、《知情同意书》、《个人敏感信息处理同意书》后勾选，点击微信用户一键登录。

公益援助项目

在线预约

请输入患者姓名

请输入手机号码

请输入验证码 [获取验证码](#)

提交

☒ 我已阅读并同意《隐私政策》《知情同意书》《个人敏感信息处理同意书》

注意阅读  
并勾选←

跳转至在线预约页面，输入患者姓名、填写手机号，验证码登录后点击提交。



# 找到用药申请,上传相关医院单据点击提交

03



点击药品援助—用药申请。拍照上传相关医院单据，点击提交。

用药申领

上传医院单据

影像报告

请上传真实有效得影像报告，最多可上传6张

发票清单

用药处方

疾病证明

医学条件评估表

提交

## 影像报告

- ①申请时**前60天内**的影像学报告单
- ②报告**拍摄清晰完整**

## 一疗程盐酸多柔比星脂质体注射液（合多普®）购药发票

- ①中国大陆正规购药发票  
-发票抬头需为**申请人本人**，若发票明细未体现盐酸多柔比星脂质体注射液（合多普®），提供对应购药清单
- ②**发票日期**为上次上传的发票日期之后

## 医院用药处方单、医学条件评估表（为同一医生签字）

- ①需填写**清晰、完整、无涂改**
- ②需**医生签字**
- ③处方时间及填表时间需在最近一次自费购药发票日期之后。患者需在处方**有效期（3日内）**提交申请。

## 最新诊断病历、病情证明

- ①申请时**前60天内**的诊断病历、病情证明
- ②报告**拍摄清晰完整**





## 影像报告示例 (表中打码部分不可打码, 需清晰露出)

## 购药发票示例

**MR\_D检查报告单**

影像号: ■■■238 片号: ■■■02023 MR\_D号: 20240710066

姓名: ■■■ 性别: 女 年龄: 58岁 拍摄日期: 2024-07-10

科别: 肿瘤内科门诊(东) 床号: / 住院号: / 报告日期: 2024-07-11

检查项目: 头颅(磁共振), 腰椎(磁共振), 胸椎(磁共振), 骶椎(磁共振)

检查方法: 平扫+DWI, 平扫, 平扫, 平扫

影像表现:

头颅大小形态未见异常, 两侧侧脑室旁少许点状FLAIR稍高信号, DWI序列未见异常信号。脑室脑池未见扩张, 脑沟脑裂未见增宽, 中线结构居中。部分空蝶鞍。

胸椎生理曲度存在, 椎体排列整齐。胸10、胸12椎体及第6胸椎附件骨信号不均, 可见T1WI稍低、T2WI稍高信号, 内可见囊性信号。部分椎体骨质边缘变尖。胸椎间盘未见膨出或突出, 相应硬膜囊未见受压, 椎管未见狭窄。椎管内未见明确占位征象。椎旁软组织未见异常信号影。

腰椎生理曲度存在, 椎体排列整齐。部分椎体骨质边缘变尖。腰椎椎体未见明显占位征象。腰4-5椎间盘突出, 相应硬膜囊受压, 椎管狭窄, 左侧椎间孔稍狭窄。椎管内未见明确占位征象。椎旁软组织未见异常信号影。

骶椎生理曲度存在, 椎体排列整齐。椎管内未见明确占位征象。椎旁软组织未见异常信号影。

印象:

部分胸椎椎体信号不均, 考虑转移;  
腰4-5椎间盘突出;  
椎体退行性变;  
缺血性脑白质病变(1级);  
部分空蝶鞍。

报告医师: ■■■ 审核医师: ■■■

(此影像资料仅供临床参考, 不作为法律依据, 经审核医师签字后有效)

需有医院全称

申请时前60天内的

发票抬头需为申领人本人

若发票明细未体现盐酸多柔比星脂质体注射液(合多普®), 提供对应购药清单

医生签名清晰

**电子发票(普通发票)**

发票号码: 24942000000 开票日期: 2024年06月26日

名称: 叶■■ (个人)

名称: 国药控股厦门振海药房有限公司

统一社会信用代码/纳税人识别号: 91350203MA32R9UFX2

项目名称	规格型号	单位	数量	单价	金额	税率/征收率	税额
*化学药品制剂*盐酸多柔比星脂质体注射液	25ml:50mg	支	1	11650.4854368932	11650.49	3%	349.51

合计 价税合计(大写) 壹万贰仟圆整 (小写) ¥12000.00

开票人: 刘星童

发票日期为上次上传的发票日期之后

与申领药物的规格一致





## 医学评估表示例

几次申领则填几次

第 / 次医学条件评估表

合多普®盐酸多柔比星脂质体公益援助项目			
申请人填写			
姓名	张三	身份证号码	352201198002230067
本人联系电话	11111111	家属联系电话	22222222222
医院	厦门大学附属第一医院	医生	王五
医生填写			
患者诊断	符合盐酸多柔比星脂质体（合多普®）在中国获批适应症： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
疗效评估	<input type="checkbox"/> CR <input checked="" type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD 若勾选“PD”，是否有临床获益： <input type="checkbox"/> 是，请您对有临床获益进行具体描述： <input type="checkbox"/> 否		
检查报告单	医生已审阅并认可的医学材料（勾选）： <input type="checkbox"/> 2024年7月10日的影像学检查报告单 <input type="checkbox"/> 其他： 注：疗效评估报告检查时间需在患者用药之后申请项目之前。		
使用盐酸多柔比星脂质体（合多普®）治疗是否有不可耐受的毒副反应： <input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (本栏如未勾选，本评估表无效)			
医生意见			
是否使用盐酸多柔比星脂质体（合多普®）继续获益	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
是否可再继续使用盐酸多柔比星脂质体（合多普®）治疗	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
提示：治疗期间根据个体患者的安全性和耐受性，允许暂停给药，不建议增加或减少盐酸多柔比星脂质体（合多普®）剂量。			
医生签字：王五 评估日期：2024.7.11			
备注： 1. 本表医学信息须由医生填写并签字，请申请人配合医生完整填写此表，避免因填写不规范（缺填、漏填、错填等）造成此表格作废。 2. 严格遵守：治疗期间，每个治疗周期间隔时间不得超过【4】周。 3. 附上相应报告单或其他证明材料原件或复印件（需医生签字）。			

患者基本信息填写完整

如实勾选

以实际日期为准，

如实勾选

医院

处方笺

普通处方  
当日有效

需有医院全称

门诊/住院病历号：		年 月 日	
姓名：	性别：男女	年龄：岁	类别：公/自/保
临床诊断：		科别（病区及床号）：	

处方时间及填表时间需在最近一次自费购药发票日期之后。患者需在处方有效期（3日内）提交申请。

患者信息填写准确、清晰、与申领人一致

XXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXX

医生开具的医嘱需注明和此次申领的援助药品数量与规格一致

医生签名：王五

医生签名为同一人



# 等待用药申请审核通过

04

单据申请审批通知

单据名称 药物申领审核通知

创建时间 2024年07月11日 13:57:16

审核结果 审核成功

≡ 专项计划 ≡ 药品援助 ≡ 健康未来

进度查询

资质申领进度 药物申领进度

若**审核失败**，公众号将会发送通知，通过点击**药品援助-进度查询-药物申领进度**中查看审核不通过的具体原因。点击重新上传用药申请。

创建时间 2024年07月11日 09:46:42

在线预约

单据申请审批通知

单据名称 药物申领

创建人 白菜

创建时间 2024年07月11日 09:46:43

资格申请

用药申请

申请指导

进度查询

≡ 专项计划 ≡ 药品援助 ≡ 健康未来

药物申请提交

2024-07-11 13:50:14

2 药物申领审核通过

2024-07-11 13:57:16

单据申请审批通知

单据名称 药物申领审核通知

创建时间 2024年07月11日 14:11:57

审核结果 审核失败

≡ 专项计划 ≡ 药品援助 ≡ 健康未来

进度查询

资质申领进度 药物申领进度

药物申请提交

2024-07-11 16:14:57

药物申领审核驳回

2024-07-11 16:15:22

影像学报告不符合60天内

重新上传用药申请

若**审核成功**，公众号将会发送通知，也可以点击**药品援助-进度查询-药物申领进度**中查看。



## 携带相关材料 到指定援助药房领药

05

1	医院用药处方单	领药时携带并出示原件
2	领药通知	领药时出示项目公众号发出的领药通知
3	患者本人身份证原件	必须为有效期内的二代身份证
4	代领人身份证原件、复印件 (正反面)	患者本人因各种原因不能现场领药、需要委托其他人代领的，代领人除需携带上述 1-3 项材料外，还需携带代领人本人身份证原件及复印件
5	领药委托书	患者本人因各种原因不能现场领药、需要委托其他人代领的，代领人除需携带上述 1-3 项材料外，还需携带填写完整并由患者及代领人共同签字捺印的领药委托书
6	患者药品签收确认单	在援助站领取药品时由患者本人或代领人签署

用药申请通过后，需携带以下材料，并在援助药房填写患者药品签收确认单或领药委托书。





# 患者药品签收确认单示例

患者药品签收确认单

本人(姓名) 张三，身份证号码为 352201198002230067

确认于 2024 年 7 月 11 日收到如下药品：

☐ 10ml:20mg 盐酸多柔比星脂质体注射液合多普® (盒)

☒ 25ml:50mg 盐酸多柔比星脂质体注射液合多普® 1 (盒)

本人已了解相关用药指导及注意事项，将严格按照医嘱及药品说明书使用药品。

患者本人签字： 张三

患者领药受托人签字：

签字日期： 2024.7.11

← 按实际领取日期填写

← 如实勾选领取的药物及数量

按实际领取日期填写

# 领药委托书示例

领药委托书

委托人： 张三

身份证号码： 352201198002230067

受托人： 李四

身份证号码： 352201198002231135

本人因 身体不适 无法亲自到现场领取药品，特委托 李四 代本人领取援助药品盐酸多柔比星脂质体注射液（合多普®），对受托人在办理领药过程中所签署的相关文件，我均以认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人（签字并捺印）： 张三

受托人（签字并捺印）： 李四

签字日期： 2024.7.11

附：受托人身份证复印件一份

按实际领取日期填写

委托人需提供身份证复印件



**感谢观看**