

中国初级卫生保健基金会

博爱新生-患者援助项目 项目医院邀请函

致_____医院：

诚邀贵医院参加中国初级卫生保健基金会（以下简称：初保），为救助因家庭贫困不能得到及时有效治疗的激素受体（HR）阳性、人表皮生长因子受体 2（HER2）阴性的局部晚期或转移性乳腺癌患者，帮其得到及时有效的治疗，减轻经济负担，提高生存质量，在全国开展“博爱新生-患者援助项目”（以下简称“援助项目”）。

援助药品：哌柏西利胶囊（爱博新）

援助对象：经指定医疗机构评估确认符合哌柏西利胶囊（爱博新）在中国获批适应症的贫困患者。

项目流程：

- 患者到项目指定医院的指定医生处就诊，由指定医生评估患者是否符合项目入组医学标准及中国获批适应症；
- 对于符合项目医学标准及中国获批适应症的患者，经项目办公室审核经济情况批准入组后，患者可以到项目指定药房领取援助的哌柏西利胶囊（爱博新）；
- 患者后续需由项目医生评估其用药的安全性和有效性，并开具后续用药《医学条件随访表》。

为了确保援助项目顺利开展，初保诚邀贵院参与援助项目，成为项目指定医院，并请同意以下事项：

1. 同意贵院自愿参加项目的医生作为援助项目的指定医生，负责对患者进行医学评估，确保患者的正确诊断和处方。
2. 同意遵循项目规定在出现不良事件时及时上报。



如贵院同意参加，请贵院在《医生理解备忘录》签字并加盖医院公章。感谢贵院室的鼎力支持！

中国初级卫生保健基金会
二〇二二年一月

