

博爱新生-患者援助项目

项目医生理解备忘录

尊敬的_____医生：

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”）。

为确保捐赠药物给予那些符合哌柏西利胶囊（爱博新）在中国获批适应症的贫困患者，“博爱新生-患者援助项目”需要您的支持，特此邀请您成为本项目的项目医生。

作为项目医生，您将按照项目的规定开展工作，负责对前往贵院就诊的符合本项目医学条件的患者进行医学评估，并根据患者情况填写《医学条件确认表》、《医学条件随访表》、《项目处方》、发生不良事件时及时上报。

该项目为慈善捐赠，为了保证援助药品确实捐赠至合适的患者，我们要求您严格按照项目办公室要求开展工作，不弄虚作假，不收取患者的任何好处费用。如您发现不符合中国获批适应症的患者，请告知患者不符合项目医学标准无法申请援助项目。如发现您为患者提供虚假医学材料证明，项目办公室将取消项目医生的筛选资格，并不再接受申请。

关于该项目，您有任何问题，可以随时联系“博爱新生-患者援助项目”公益专员或拨打项目热线 010-56591682，公益专员/热线专员会将您的意见或建议及时反馈给项目办公室并给予您所需要的帮助。



最后，如果您接受我们的要求参与该项目，愿意成为该项目的项目医生，并完成理解项目医生的职责及要求，请您在下面的确认函中签字盖章。我们非常感谢您的爱心！

参加项目确认函：

我同意成为“博爱新生-患者援助项目”项目医生，并遵循项目规定。

所工作医院名称：

医生姓名（正楷）： 医生签字及盖章：

医务处(或科室章)盖章： 签字日期 年 月 日

