

凯美纳®后续免费用药患者信息登记表

医院名称：	_____	主治医生：	_____
患者姓名：	_____	性别：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月：	_____年_____月_____日	联系电话：	_____
身份证号：	_____		
家庭住址：	_____		
吸烟史	1、不吸烟 2、吸烟 _____年 3、已戒除 _____年		
病理分型	1、鳞癌 2、腺癌 3、腺鳞癌 4、大细胞癌 5、其他_____		
用药线数	1、一线 2、二线 3、三线 4、其他_____		
首次用药时间	_____年 _____月 _____日		

凯美纳®后续免费用药项目患者告知书

1. 发票：

- 患者总共需要连续购买 26 盒凯美纳，并且保留 26 盒发票原件；
- 发票必须来自正规的医院和药店；抬头必须是患者本人姓名；
- 发票内容注明是凯美纳®（或者盐酸埃克替尼），必须有药品的批号；
- 超过三个月(12 盒) 的大额发票不认可；后补的发票不认可；
- 医院的发票如果没有标明所购药品名称的，需提供加盖医院公章的药品清单或水单。

2、药盒：保留所有凯美纳®空药盒。

3、CT 胶片和报告：基线影像学胶片和报告（用药前 6 周内的胶片和报告），第五个月随访所做的影像学报告和胶片(即服用凯美纳 20 盒以后所做的影像学胶片和报告)。

4、赠药申请时间：必须在连续服用凯美纳 20 盒以后。

5、领药：如您的申请被通过，请务必患者本人去指定药店领药，一律不准代领。

6、此表只作为预约登记使用，是否能获得后续免费用药还需要进一步申请审批。

7、此表格第一联必须在服药后两个月内邮寄给凯美纳后续免费用药项目办公室，进行项目注册。第二联患者自己保存。

本人已仔细阅读告知书内提到的内容，并会妥善保管所需材料。

患者签名：

签字日期：

被委托人签名：

委托人身份证号码：

凯美纳后续免费用药咨询电话：**4008096995**（周一至周五 08:30—17:00）

凯美纳后续免费用药材料邮寄地址：只接受中国邮政特快专递（EMS）

地址：杭州市余杭 16 信箱 邮政编码：311100

收件方：凯美纳后续免费用药项目办公室