



中华慈善总会万他维患者援助项目 再次申请患者医学条件确认表

患者姓名		患者编号	
随访医院		随访医生	
联系电话		身份证号	
邮寄地址 (可接收信件地址)			
再次使用万他维起始日期			
6分钟步行距离(6MWT)		右心导管检查	<input type="checkbox"/> 检查 <input type="checkbox"/> 未检查
*万他维治疗 综合评价	<input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 稳定 <input type="checkbox"/> 进展		
*是否出现无法 耐受的副作用	<input type="checkbox"/> 出现 <input type="checkbox"/> 未出现		
是否应该继续 万他维治疗	<input type="checkbox"/> 继续 <input type="checkbox"/> 不继续		
建议万他维使剂量	每_____微克, 每天_____次		
注册医生签字盖章		填表日期	

备注:

1. 此表由注册医生本人填写, 不得空缺和涂改。如有涂改, 需在涂改处盖注册医生章。
2. 此表自填表之日起, 有效期为2个月。
3. 患者需将此表原件通过中国邮政 EMS 邮寄到中华慈善总会多吉美项目办公室指定信箱: 北京市100034信箱23分箱。收件人: 万他维项目办公室。

中华慈善总会万他维患者援助项目

再次申请说明

亲爱的患者：

对于再次申请中华慈善总会万他维患者援助项目的患者，特作如下通告：

援助条件：

1. 首疗程接受援助的过程中，没有任何违反项目规定的情况发生，仅仅因为疗程到期退出项目的；
2. 经过再次连续使用万他维至少 1 个月以上，且无严重不良反应，能够从万他维治疗中获益；
3. 经济上无法继续承担万他维治疗费用。

申请资料：

1. 经项目注册医生填写的《中华慈善总会万他维患者援助项目再次申请患者医学条件确认表》。
2. 经患者本人签字确认的《患者知情同意书》。
3. 患者身份证复印件（正反面）1 份。
4. 再次申请前至少 1 个月使用万他维的发票原件及费用明细清单原件。
5. 再次使用万他维的检查报告单原件或加盖医院章的复印件（包括多普勒超声心动图报告、右心导管报告）。

项目规定：

除按上述要求如实申报资料以外，患者必须遵守《中华慈善总会万他维患者援助项目患者申请告知书》的全部内容。如有任何违反规定的情况出现，将被取消援助资格。

您的所有申请材料须通过中国邮政 EMS 邮寄到本项目指定信箱：北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会万他维项目办公室。

如果您有任何问题，请咨询中华慈善总会万他维患者援助项目管理办公室，患者热线 010-83368339，可登录万他维患者援助项目网站（<http://www.wantawei.org>）了解项目最新动态，项目所需表格可从该网站下载，所有材料统一使用A4 纸张打印或复印。

中华慈善总会

万他维患者援助项目管理办公室

2016 年 2 月

患者知情同意书

我自愿按程序申请中华慈善总会万他维慈善援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会万他维慈善援助项目患者告知书》的所有信息，并完全接受其中的各项约定。我承诺提供的全部材料均真实准确，愿意接受中华慈善总会的调查核实，严格遵守万他维项目的各项规定，愿意承担不实申报或违反项目规定导致的包括并不限于申请得不到批准或援助立即终止等后果。我在此郑重声明，如因本人或本人亲属任何言行对万他维项目、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

患者签字 _____

填表日期 _____

(如患者无法写字，需要家属代签字后，由患者本人在自己签名处加盖手印。)

(中华慈善总会留存)