



固力康®骨质疏松患者援助项目

患者知情同意书

项目目的：为了更多地关爱骨质疏松患者，北京仁泽公益基金会发起固力康®骨质疏松患者援助项目，拟为全国千名患者免费发放援助药品。卫材（中国）药业有限公司为践行企业社会责任，免费为项目提供10000盒援助药品，降低患者疾病复发率，改善患者生活质量。

项目时间：为2018年8月20日开始，至捐赠药品赠完或2019年3月31日为止。

援助药品：固力康®（四烯甲萘醌软胶囊），15mg*30粒/盒。*在药品使用过程中，**无超适应症使用**。更多药品信息请参见固力康®（四烯甲萘醌软胶囊）药品说明书。

医学标准：申请人大于等于18周岁的中国公民；骨质疏松症的骨量和疼痛需要改善的患者群；经本项目注册医师确认符合本项目医学标准的、推荐参与本项目的患者；须在项目医院就诊，项目医生处方。

援助方式：患者经项目医生评估，疾病状态符合使用固力康®的医学标准，**在遵医嘱自费购买4盒固力康®药品后，本项目将免费提供2盒固力康®援助药品**；如果患者使用完成，经项目医生评估，可继续使用固力康®药品时，患者可自愿再次重新申请加入本项目。

申请程序：（1）患者在医院经项目医生诊断，符合固力康援助项目医学标准，阅读并填写患者知情同意书；

（2）项目医生填写四合一项目表单中的援助项目医学评估表和援助项目药品处方；**（3）患者持4盒已购固力康®发票或医院收据原件，以及本人身份证，项目医生填写的四合一表单，到指定项目药店领取**；（4）由项目药师核实信息，项目药师在援助系统平台填写患者资料，并上传已完成四项内容签署的四合一表单正，反面，4盒购药发票或收据，身份证。提交申请，经后台审核成功后，项目药师为患者发放2盒固力康®援助药品。（5）项目药师在4盒购药发票或收据原件左上折角处写“援助药品已发”和“日期”后交还患者，此发票或收据不可重复使用。

郑重声明：我已经认真阅读了《北京仁泽公益基金会固力康®骨质疏松患者援助项目患者知情同意书》的全部内容，知晓此项目的申请条件及相关流程，我自愿申请加入“固力康®骨质疏松患者援助项目”，同意并严格遵守项目的相关规定，并遵从医嘱。

患者签字：_____ 签字日期：_____年____月____日

援助药品签收单

本人已经按照项目的要求领取援助药物固力康®2盒（15mg*30粒/盒），外观无破损，并且领取时在药物有效期内。特此声明！

患者签字：_____ 签字日期：_____年____月____日



北京仁泽公益基金会

— Beijing RenZe Foundation —

固力康®骨质疏松患者援助项目

患者医学评估表

患者姓名		病例类型	<input type="checkbox"/> 骨松骨痛 <input type="checkbox"/> 骨松骨折 <input type="checkbox"/> 药物假期 <input type="checkbox"/> 其它 ()		
年龄		性别		手机号码	
其他检查指标					
有无骨折历史	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	骨折手术历史		<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
用药过程	用药方案:				
	使用时间:				
	辅助检查 <input type="checkbox"/> BMD:____ <input type="checkbox"/> P1NP:____ <input type="checkbox"/> B-CTX:____ <input type="checkbox"/> 其它:_____ (如: VAS 评分)(至少含一项)				
下一次就诊时间	(建议第一次服药2个月后)				
参与援助项目次数	本次是第 () 次	上次治疗是否满意	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

固力康®药品处方

姓名	同上医学评估表	性别	同上医学评估表
年龄	同上医学评估表	开具日期	年 月 日
临床诊断	骨质疏松症	<input type="checkbox"/> 我已扫处方码	
Rx 四烯甲萘醌软胶囊 (固力康®) 15mg*30粒/盒*2盒 用法用量: 每次1粒 (15mg) 每天三次 (餐后服用)			
项目医师签属 (盖章/扫码):			

备注: 处方有效期为7天; 处方如果有涂改, 须由项目医师在修改处签字盖章。