

# “心起点”急性冠脉综合征患者援助项目 患者知情同意书

## 项目目的

本项目由北京仁泽公益基金会发起，由赛诺菲公司提供无偿援助。项目于2018年2月开始，具体内容是为18周岁以上（含18周岁）的急性冠脉综合征患者免费援助有效治疗药物。

## 援助药品

波立维<sup>®</sup>（硫酸氢氯吡格雷片）300mg+拜阿司匹灵<sup>®</sup>（阿司匹林肠溶片）300mg。

\*在药品使用过程中，无超适应症使用。

## 援助对象

必须是确诊为急性冠脉综合征，并准备接受经皮冠状动脉介入（PCI）治疗的患者。

## 医学标准

1. 申请人大于等于18周岁；
2. 项目医生评估申请人的疾病符合国家食品药品监督管理总局已经批准的：
  - 1) 波立维<sup>®</sup>适应症
    - a. 即用于预防患者动脉粥样硬化血栓形成事件，包括：近期心肌梗死患者（从几天到小于35天）和急性冠脉综合征的患者（非ST段抬高性急性冠脉综合征，包括不稳定性心绞痛或非Q波心肌梗死；包括经皮冠状动脉介入术后置入支架的患者，与拜阿司匹灵<sup>®</sup>合用；ST段抬高性急性冠脉综合征患者，与拜阿司匹灵<sup>®</sup>联合，可合并溶栓治疗中使用）；
    - b. 根据波立维<sup>®</sup>的说明书，项目医生评估申请人无以下使用禁忌症存在：对活性物质或本品任一成分过敏；严重的肝脏损害；活动性病理性出血，如消化性溃疡或颅内出血。
  - 2) 拜阿司匹灵<sup>®</sup>适应症
    - a. 即用于患者急性心肌梗死；预防心肌梗死复发；
    - b. 根据拜阿司匹灵<sup>®</sup>的说明书项目医生评估申请人无以下禁忌症存在：对拜阿司匹灵<sup>®</sup>和含水杨酸的物质过敏；胃十二指肠溃疡；出血倾向（出血体质）；
3. 患者本人或其直系亲属自愿同意加入本项目。



我已经认真阅读了本手册扉页《北京仁泽公益基金会“心起点”急性冠脉综合征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，我愿意加入本项目，同意并严格遵守本项目的有关规定。

患者（或直系亲属）签字：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

“心起点”急性冠脉综合征患者援助项目 No.000 0001

### 专用处方

患者姓名：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_ 性别：男 女

经诊断：该患者年龄大于等于18周岁并确诊为急性冠脉综合征。无对波立维®和拜阿司匹灵®和含水杨酸的成份过敏史。无近期有活动性出血（如消化性溃疡或颅内出血等）。在药品使用过程中，无超适应症使用。

符合使用：波立维®（硫酸氢氯吡格雷片），1片（规格：1片/300mg）

拜阿司匹灵®（阿司匹林肠溶片），3片（规格：1片/100mg）

项目医生签章：\_\_\_\_\_

处方日期：\_\_\_\_\_

\* 本项目处方有效期7天，逾期无效。

### “心起点”急性冠脉综合征患者援助项目

### 援助药品签收单

注：以下援助药品领取者填写时需出示身份证原件进行登记，以便项目医生进行核实。

以下为援助药品领取者填写：	
领取者类型： <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者家属（关系： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女）	
领取人姓名（正楷填写）：	领取人签字： <small>为确保信息真实，同意对本领取人身份信息进行验证</small>
领取人身份证号： <input type="text"/>	
领取人手机号： <input type="text"/>	签收日期：
以下为项目医生填写：	
诊断结果： <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/> UA	
医生签章：	

