

“钇朵小红花”钇[90Y]微球注射液患者救助项目

患者告知书

“钇朵小红花”钇[90Y]微球注射液患者救助项目（下称“项目”）旨在帮助符合项目条件的患者提供免费药品援助，同时强化患者治疗疾病的信心，减轻患者经济负担，提高患者生活质量。请您务必知晓并确认以下内容，再决定是否参与本项目。

现将本项目开展相关事宜做如下告知，请您仔细阅读并完全理解以下内容后再决定是否参加本项目，如您有任何疑问，均可通过本项目官方渠道发布的联系方式进行咨询，本项目将如实为您解答。

一、项目援助对象

1. 18岁及以上经济困难的肝部肿瘤患者（包含原发性肝癌和转移性肝癌）
2. 持有中华人民共和国居民身份证的大陆地区患者；

二、项目援助方案

项目医生评估使用钇[90Y]微球注射液可获益的，经审批符合项目条件和医学标准的患者可获得1支钇[90Y]微球注射液援助。

如方案变动请以官网公示通知为准！

三、项目申请条件

（一）医学条件

1. 核医学 $^{99}\text{Tc-MAA}$ SPECT/CT 检测结果提示其肝肺分流比不超过 20%
2. 年龄 ≥ 18 岁

（二）其他条件

1. 中国大陆地区（不含港澳台）的患者
2. 贫困户或低保患者（低收入人群）

四、项目终止条件

符合以下任何一项的，患者救助申请资格将被立即终止，且无法继续申请。

1. 已过项目申请时间或未到申请截止时间但项目援助药品已发放完毕。
2. 患者未按照项目规范要求或拒绝进行医学评估。
3. 受助患者死亡（包括自然死亡与宣告死亡）或者因刑事犯罪被剥夺政治权利终身以及收监服刑。
4. 患者以盈利为目的，将救助药品非法倒卖、销售他人、有偿转让，或者无偿赠予、与他人交换。
5. 患者伪造、篡改、捏造申请资料或者隐瞒申报，提供不实虚假资料。
6. 由于不可抗力、国家政策等因素造成捐赠药品短缺。
7. 患者自愿放弃援助资格，或法定监护人、亲属要求停止使用项目捐赠药品。
8. 患者不能配合抽查或抽查结果不合格。
9. 患者本人、其直系亲属（包括法定监护人）以及其授意的利害关系人严重干扰项目相关人员正常工作秩序，或为了得到项目援助，向项目相关人员行贿。
10. 项目自然终止、因不可抗力、捐赠企业经营条件恶化或其他特殊原因致使项目终止，或项目未终止但捐赠药品发放完毕。

根据项目执行情况，基金会将随时终止项目，提前 1—2 个月进行项目公告，项目终止时间以项目公告时间为准。

五、援助药品可能产生的主要不良反应

本项目为患者自愿申请救助，可能产生的所有用药不良事件，本项目不承担责任和义务。涉及用药不良事件时，在符合适用的法律法规前提下，相关患者信息和材料会被披露给药品不良事件监管部门，其可能会就此进行跟进和随访，将该信息录入药品不良事件数据库并按照相关法律法规上报给相关部门。

六、联系我们

1. 如果您需要更正、补充、删除个人信息或有其他疑问或建议等，您可以通过官方渠道与我们联系，我们将在收到您的相关联系信息后 15 天内回复。

2. 如果您对我们的回复不满意，特别是您认为我们的个人信息处理行为损害了您的合法权益，您还可以通过向我们投诉来寻求解决方案。

3. 争议处理：您可以在工作日通过官方渠道进行咨询并反馈意见，如您对官方渠道的答复仍然有疑问，也可以直接通过官方投诉渠道进行反馈，我们会尽快给您回电。

七、特别声明

1. 本项目为公益援助项目，患者依据自身情况自愿申请。本项目不影响医生诊治及处方行为，项目方对患者的身体状况、病情、药物不良反应及治疗不承担任何责任和义务。

2. 患者在本项目申请、受助期间提供的个人信息及医学资料，项目管理方和执行方将妥善保管、严格保密；您的资料仅用于项目的管理、执行和基于公共利益的用途。患者信息和资料将由主办方或执行单位保留，除政府监管部门审计核查外，不会披露给任何第三方，项目和审计有权随时对受助患者的医学及经济情况进行抽查复核，请患者妥善保存申请及受助期间的相关资料。

3. 在申请、受助期间，患者及其指定紧急联系人应保证联系方式畅通，患者联系方式变更时，应及时通知项目相关人员。如对项目有任何疑问，请通过项目公开的官方公众号查询相关信息。凡由于患者自身原因，或者患者受托人原因，或者未经核实擅自按照虚假或者不实信息提交材料导致不合格、超过申请时间造成患者用药中断、受助延误、病情影响等后果，项目方不承担责任。

4. 在申请、受助过程中，因患者本人及家属言行对项目方造成损失的，患者及家属应承担相应的责任。

5. 患者在用药过程中出现药物不良反应，请患者及时咨询医生，并按照医生的医嘱决定用药与否。患者及直系亲属同意项目工作人员对患者用药所产生的不良事件进行询问及登记，患者使用援助药物的不良事件均由患者按照自愿原则上报至项目。

6. 本项目为公益项目，本项目工作人员不得对您收取任何费用。如发现上述行为，请您立即通过官方举报渠道举报。

7. 因不可抗力，或者患者自身原因，或者患者受托人原因，导致患者无法得到项目援助的，项目方不承担责任。

8. 项目方对本项目拥有最终解释权。

“钇朵小红花”钇[90Y]微球注射液患者救助项目

个人敏感信息处理同意书

因您参与“钇朵小红花”钇[90Y]微球注射液患者救助项目，项目方可能收集您的生物识别信息、医疗健康信息、银行账户等敏感信息，用以审核确认您的申请材料是否符合本项目申请条件，相关信息收集将严格遵循合理必要、损害最小的原则，未经您明确书面同意，我方不会擅自处理您的敏感信息，并将按照既定规则妥善保管您的所有敏感信息。您已充分知晓该情况并自愿申请参与本项目。

如您同意我们处理您的敏感信息，请您在下述签字处签字。当您签字后即表示您同意我们处理您的敏感信息，如果您不同意上述文件中的内容或不同意提供项目所必要的信息，将可能导致我们无法为您提供该部分的项目内容。

如您在阅读本同意书过程中有任何疑问或权利请求等个人信息相关事宜，请通过官方渠道联系我们，我们会尽快为您作出解答。

北京康盟慈善基金会

2026 年 6 月

本页为签字页

我已仔细阅读并充分理解上述信息及《“钇朵小红花”钇[90Y]微球注射液患者救助项目》《“钇朵小红花”钇[90Y]微球注射液患者救助项目个人敏感信息处理同意书》的全部内容，我系自愿申请参与本项目，同意项目方在上述告知范围内获取、使用、保存、删除我所提供的全部信息。

我知晓参与本项目后可获得的相关受益以及可能存在的各类风险，本人具备完全民事行为能力，可对自身参与本项目的行为承担相应的法律责任。

项目申请人姓名（正楷）：_____

项目申请人签字：_____

日期：_____