

患者知情同意书

姓名		性别	口男 口女	年龄	
身份证号码					
户口地址					
现居住地址				邮编	
联系电话			紧急联系人姓名关系及电话		
现(原)单位名称				职务	
单位地址				电话	
最近三个月月工资/退休金			家庭年收入(万)		
是否为低保户	口是 口否	是否为农村特困户	口是 口否		
其他证明材料			发证时间及发证单位		
当地民政部门或街道办事处名称及地址			联系电话		

备注：

◇以上内容是“朗视界 沐光明”项目办公室审核申请人家庭经济情况的重要材料，需要本人如实填写可靠的信息。

◇申请人需随表提供身份证，户口簿，工作单位或民政部门，街道办事处开出的低收入证明原件。有低保证明（或农村特困户证明）的，需提供相关证明资料。所有资料均需提供原件及复印件，原件仅为核对使用。

◇“朗视界 沐光明”项目办公室将对申请人收入情况进行随访，以核实申请人提供资料的真实有效。

◇此信息只对“朗视界 沐光明”项目办公室公开，且仅用于该项目使用。患者个人信息和全部资料将由项目执行机构保管、存档，除国家有关部门审计审查监督外，不会披露给其他第三方。

◇资料审批通过后，需要在治疗年有效期内的 90 天内领药并注射（含节假日），逾期须需再次提交申请；审核通过后方可领药；重新申请需提交新版医学评估表，身份证复印件，最新的诊断证明，上一针援助药品的注射记录，并标注是逾期患者再次提交申请材料，否则无法操作。

朗视界 沐光明
公益基金

本人已认真阅读、完全理解和认同“朗视界 沐光明”《项目细则》的具体规定。本人承诺将严格遵守该药品捐赠项目中的各项规定。

本人郑重声明，所提供的全部申请材料均真实准确，愿意接受“朗视界 沐光明”项目办公室核查，本人完全知晓，任何不实的申报或违反慈善赠药规定，将导致本人申请得不到批准或赠药中止/终止的后果。

本人已认真看了“朗视界 沐光明”《项目细则》上所有内容，并将严格按照医嘱接受治疗，在出现任何不良反应及其他并发症时，将于第一时间告知治疗医生，并不会因此向“朗视界 沐光明”项目办公室及药品捐赠方提出任何赔偿、补偿要求。

本人明确知晓，如获准入选“朗视界 沐光明”公益援助项目，本人接受的援助药品商品名为康柏西普眼用注射液（朗沐），项目援助医院为：_____

冷藏链产品通常是使用生物技术生产的，且来源于蛋白质。高温及冻结是影响蛋白质稳定性的主要因素，冷藏链产品保存温度应该摄氏 2 度至 8 度，温度过高或过低都会导致药品蛋白质结构受到损害，蛋白质将不再起作用并且减少药效，任何药效的损失都是永久的且不可挽回的。

因冷链药品的特殊性，以保证药品在使用前保存温度符合冷藏链药品要求，捐赠药品将由捐赠方直接配送至项目医院。

本人郑重承诺：在援助治疗期间，保证在“朗视界 沐光明”项目医院接受该援助治疗；会严格遵照医嘱，配合项目医院的各项检查，确保接受治疗的安全性和疗效；如在外院治疗，发生相关任何事件，所有责任由本人全部承担。

最后，我决定同意参加本项目，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请赠药，并遵从医嘱。

患者签名：_____身份证号码：_____日期：____年____月____日

家属签名：_____身份证号码：_____日期：____年____月____日

患教专员：_____

朗
视
界
沐
光
明
公
益
基
金