

低保患者申请资料核对表

| 序号 | 材料名称 | 备注 | 完成请打“√” |
|----|-------------------|--|---------|
| 1 | 患者知情同意书 | 由患者本人签字 | |
| 2 | 患者身份证复印件 | 正反面复印在一张A4纸上 必须为有效期内的二代身份证 | |
| 3 | 低保信息证明表 | 信息填写完整 民政部门必须为区/县级民政局或发证单位并留座机电话 | |
| 4 | 低保证复印件 | 全本复印加盖区/县级民政局或发证单位红章 | |
| 5 | 低保金领取记录 | 近一年12个月低保金领取记录复印件 加盖区/县级民政局或发证单位红章 | |
| 6 | 患者及直系亲属 户口本复印件 | 以小家庭为单位，已婚患者提供本人及其配偶、所有子女 户口本复印件；未婚患者提供本人及其父母户口本复印件 | |
| 7 | 医学条件确认表 | 表格信息填写完整、项目医生签字盖章 | |
| 8 | 确诊病理报告/临床诊断资料 | 项目医生签字盖章 | |
| 9 | 影像学报告单 | 用药前六个月内；项目医生签字盖章 | |
| 10 | 肝功能化验单 | 用药前六个月内；项目医生签字盖章 | |
| 11 | AFP化验单 | 用药前六个月内；项目医生签字盖章 | |
| 12 | 项目要求的其他医学资料 | 若为接受非根治性切除术后或射频消融术后患者，请按照医学条件确认表中的要求提供资料，并由项目医生签字盖章。 | |

低保患者后续申请资料核对表

| 序号 | 材料名称 | 备注 | 完成请打“√” |
|----|---------|---------------------|---------|
| 1 | 医学信息随访表 | 信息填写完整、项目医生签字盖章 | |
| 2 | 影像学报告单 | 时间要求：近一个月内；项目医生签字盖章 | |
| 3 | AFP化验单 | 时间要求：近一个月内；项目医生签字盖章 | |

注：

1. 项目针对审核通过的低保患者进行全免捐赠，审核通过一次，领取3个月的药品，分3次领取，每次间隔28天；
2. 入组患者后续每三个月一次随访，可循环申请项目，最终具体援助药品次数以项目医生根据患者疾病情况及临床检查结果判定；
3. 患者根据项目要求准备纸质资料后，通过邮政EMS邮寄至项目办公室；
4. 为了不耽误患者用药，请务必在断药1个月时开始准备申请资料，断药前15天邮寄完整的资料至项目办公室审核，审核通过后方可领药；
5. 患者的申请资料必须通过EMS特快专递邮寄至项目办公室，所有申请资料概不退还，请患者根据需要自行复印留存。