

中国初级卫生保健基金会

“血有止境，自由人生”血友病患者援助项目

患者知情同意书

为了帮助更多的血友病患者，由百深生物科技（上海）有限公司（自2019年1月8日起成为武田制药的一部分，简称“武田中国”）提供支持，中国初级卫生保健基金会以推动社会公益事业为目的，发起并运行“血有止境，自由人生”血友病患者援助项目（简称“本项目”）。向符合本项目条件的援助对象资助部分血友病治疗费用，支持血友病患者接受更好的治疗，进而避免出血导致的关节损坏和残疾，同时减轻患者的经济负担，健康回归社会。

项目申请条件

- 在项目覆盖城市的项目定点医院处进行治疗，经临床诊断为甲型血友病。
- 经评估确认为符合百因止[®]适应症，已经接受过百因止[®]治疗的患者（请参考药品说明书）。
- 家庭经济条件困难的患者。
- 持有中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆患者。

项目申请材料

- 为评估患者的申请符合项目的医学及经济标准，患者需填写项目知情同意书、项目援助申请表并同相关申请材料一起提交至项目指定医院/药房或项目指定信箱进行项目申请。

项目援助模式

- 对已使用注射用重组人凝血因子VIII（百因止[®]）治疗的经济困难家庭的甲型血友病患者，参考当地医保政策，给予患者部分药品费用援助，且每次援助金额不超过患者当次自行使用百因止[®]药品费用的实际自付金额。

项目援助终止条款（如有以下情况之一，自动停止提供援助）

- 患者或者其法定监护人/父母要求停止使用重组人凝血因子VIII（百因止[®]），或自愿申请

出组；

- 经医院确认死亡的患者；
- 患者提供任何虚假的医学、经济证明、隐瞒其真实信息或拒绝接受项目检查；
- 因不可抗力或因特殊原因必须停止援助项目。

关于患者个人信息保护的特别声明

1. 本项目为患者援助项目，患者需自愿申请参加，并自愿提供且同意基金会收集项目申请、审核和批准所需的相关信息（包括联络信息、健康信息以及相关医学资料等，下称“个人信息”）。基金会会对收集的个人信息进行登记、更新和分类。基金会对患者的病情、治疗不承担任何责任和义务。为遵守相关法规要求，项目过程中，当患者出现药物不良反应时，基金会可能收集其年龄、出生日期、性别、妊娠情况（如适用）、哺乳情况（如适用）、相关病史、用药情况，这些信息连同患者编号将被分享给武田（中国）国际贸易有限公司。武田（中国）国际贸易有限公司作为法规下的药品持有人，承担法律义务必须对上述情况进行分析，并向相关管理机构汇报。由于武田应对不良反应的团队来自全球，您的信息将被跨境传输，跨境团队将对不良反应情况的分析、整理、并根据法规要求向管理部门汇报。数据跨境传输的基本情况如下：

境外接收方的名称	联系方式	处理目的	个人信息的处理方式	个人信息种类	如何主张权利
武田药品工业株式会社	地址：日本东京都中央区日本桥本町2丁目1-1号 电话：+81-3-3278-2111 传真：+81-3-3278-2000	对不良反应信息进行分析，根据法规要求向管理机构汇报	存储、分析、汇总	以上所有	可通过填写以下隐私需求表格主张个人信息的权利： https://www.takeda.com/individualrights 如果有其他问题或以上表格不能提供合适的语言，可将需求发至： privacyoffice@takeda.com

2. 援助金会通过银行转账的方式定期汇至患者本人名下的银行账户中。
3. 对于患者提供的个人信息，基金会将严格保密，不会用于任何商业目的，仅仅用于项目管理、执行、审计等目的，也不会将患者的个人信息传到境中国境外。基金会承诺，除

了本知情同意书所述之外，基金会不会出售、出租或交易患者的个人信息。基金会会采取商业上合理的步骤保护患者个人信息的安全，并保护患者的信息免受丢失、滥用、未经授权访问、披露、变更或销毁。

4. 患者可随时通过致电项目热线：010-56592179联系基金会，请求访问、更正或删除其个人信息，或者咨询任何与其个人信息相关的问题。基金会将采取合理步骤，更新或更正或者移除基金会所持有的关于患者的个人信息。但是在个人信息删除的情况下，基金会将无法继续提供本项目项下的患者援助。
5. 患者个人信息将由主办方或项目委托执行方保留，除卫生监管部门或地方政府的审查监督，基金会不会披露给其他第三方，并依据约定在项目结束后留存三年后销毁。
6. 关于本项目的任何信息均以中国初级卫生保健基金会正式发布的信息为准，中国初级卫生保健基金会不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。

本人已阅读上述内容，知晓本项目申请条件，患者自愿加入本项目并自愿签署此份同意书，同意并将严格遵守本项目的相关规定，自愿按本项目要求的程序申请项目援助。

本人同意依据本知情同意书约定处理个人信息

本人同意依据本知情同意书约定处理敏感个人信息

本人同意将个人信息分享给武田（中国）国际贸易有限公司

本人同意跨境传输个人信息

患者或患者法定监护人签名： _____

签字日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

注：对于不满 18 周岁的患者，必须由其法定监护人签署本知情同意书（在法定监护人是患者父母的情况下，必须由患者的父亲及母亲签署）；对于已满 18 周岁的患者，必须由患者本人签署本知情同意书。