



晴乐相伴-胃肠间质瘤患者援助项目 低收入患者首次申请资料核对表

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	提供身份证正反面照片 必须为有效期内的二代身份证	
3	收入证明信息表	需按照要求将信息填写齐全完整并加盖单位红章	
4	直系亲属信息表	以小家庭为单位，已婚患者提供其配偶及子女收入信息； 未婚患者提供其父母收入信息	
5	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、 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	
6	医学条件确认表	信息填写完整、项目医生签字盖章	
7	病理报告单	诊断为胃肠间质瘤的病理报告单 需项目医生签字盖章	
8	影像报告复印件	提供近期影像学检查（MRI/CT）报告单 项目医生签字盖章	
9	自费一个疗程（3瓶） 瑞派替尼发票原件	购买药品渠道必须正规，发票抬头必须为患者本人	

低收入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	影像报告复印件	提供近期影像学检查（MRI/CT）报告单，项目医生签字盖章	
3	自费一个疗程（3瓶） 瑞派替尼发票原件	购买药品渠道必须正规，发票抬头必须为患者本人	

患者使用18次治疗（54瓶）后申请资料核对表

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	影像报告复印件	提供近期影像学检查（MRI/CT）报告单，项目医生签字盖章	

备注：

- 1、请严格按照申请流程准备申请资料，注意事项参照申请资料核对表
- 2、为了用药规范，请务必在计划用药前15个工作日内上传申请材料，项目审核通过后方可领