



北京仁泽公益基金会

— Beijing RenZe Foundation —

2025 年爱由信生患者援助项目（2025.1-捐赠完为止）

2025.1

一、项目的背景及目的

中国有近二千万类风湿关节炎、强直性脊柱炎、银屑病、幼年特发性关节炎、儿童斑块状银屑病、成年非感染性葡萄膜炎、儿童克罗恩病、克罗恩病患者。该类疾病不仅造成患者身体机能、生活质量和社会参与度下降，也给患者家庭和社会带来了巨大的经济负担。临床上有效的治疗药物阿达木单抗的疗效得到了指南和临床医生的普遍认可，但治疗费用仍然超出了很多中国普通患者的承受能力，导致国内能够接受该类药物有效规范治疗的患者较少。基于以上原因，北京仁泽公益基金会于 2020 年 10 月发起“爱由信生自身免疫性疾病患者援助项目”，该项目得到社会各界的认可，在过去三年里帮助了万余名自身免疫性疾病患者，因此我会决定 2025 年继续开展该项目，希望更多的经济困难的自身免疫性疾病患者能够接受规范和有效的药物治疗，让这些患者们获得新的希望和机会。

二、援助人群

1. 医学条件：类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、银屑病、幼年特发性关节炎、儿童斑块状银屑病、成年非感染性葡萄膜炎、儿童克罗恩病、克罗恩病；
2. 经济学条件：低收入人群&低保人群；
3. 其他条件：拥有中国大陆有效户籍身份证件 ≥ 18 周岁的中国大陆公民。（其中幼年特发性关节炎需为 ≥ 2 周岁；儿童斑块状银屑病需为 ≥ 4 周岁；患有儿童克罗恩病的患儿需为 ≥ 6 周岁）。

三、项目截止时间及范围

时间 2025 年 1 月起，至援助药品发放完毕为止，在全国范围内开展。

四、援助方案

低收入患者：

可基于患者的情况及项目医生的诊疗意见选择如下方案之一参与项目：

方案 1，首先已在项目外自费使用 4 支苏立信药品后，且经项目医生评估能够继续从苏立信药品治疗中获益，可以申请免费捐赠 2 支苏立信药品。

方案 2，首先已在项目外自费使用 6 支苏立信药品后，且经项目医生评估能够继续从苏立信药品治疗中获益，可以申请免费捐赠 3 支苏立信药品。低收入患者可重复参与项目，再次参与项目时，可再次基于患者的情况及项目医生的诊疗意见选择如上方案之一参与项目。

低保患者：可领取 2 支苏立信援助药品，低保患者累计限领 6 支援助药品。



五、援助流程



北京仁善公益基金会
Beijing Jintan Foundation

“爱由信生”患者援助项目--申请者流程

申请者关注微信公众号
“爱由信生患者援助项目”
点击工具栏下方的“患者通道”



爱由信生患者援助项目二维码

申请者点击“项目申请”
填写信息完成注册
点击确认后
在此界面上上传申请所需资料

- a. 首次申请需上传:
- (1) 患者身份证复印件 (正反面);
 - (2) 疾病诊断证明材料;
 - (3) 患者本人签署的患者知情同意书;
 - (4) 项目的四合一表单;
 - (5) 低收入患者: 项目外自费使用 4 支 (参加方案一) 或者 6 支 (参加方案二) 苏立信的凭据;
 - (6) 低保患者: 低保证及领取低保金近一年流水;
- b. 再次申请需上传:
- (1) 患者身份证复印件 (正面);
 - (2) 项目的四合一表单;
 - (3) 低收入患者: 项目外再次自费使用 4 支 (参加方案一) 或者 6 支 (参加方案二) 苏立信的凭据;
 - (4) 低保患者: 低保证;

项目办在 2 个工作日内完成审核, 并通过短信平台通知患者审核情况, 通知如下:

申请者申请审核通过后
收到短信平台的领药信息和二维码

- a. 审核通过时申请者可接收到短信通知, 提示信息如下:
您好, *年**月**日您参与的患者援助项目审核通过, 您可以使用此二维码, 在项目药店领取, 项目药店列表请访问: 本项目微信公众号-进行药店查询。
- b. 审核未通过时申请者可接收到短信通知, 提示信息如下:
您好, *年**月**日您参与的患者援助项目未通过审核, 您现在需要在本项目微信公众号的“我的申请”中修改再次提交申请。

申请者携带所需领药材料
到项目药店领取援助药品

- 领药所需资料:
- (1) 短信领药二维码; (2) 身份证原件;
 - (3) 患者知情同意书 (完成签署);
 - (4) 项目专用四合一表单 (完成各项签署);
 - (5) 低收入患者: 项目外自费使用 4 支 (参加方案一) 或者 6 支 (参加方案二) 苏立信的凭据;
 - (6) 低保患者: 低保证及领取低保金近一年流水;
 - (7) 如委托他人代领药, 需携带双方身份证。

六、联系方式

项目办热线电话：400-052-0627（工作日 9：00-12：00、13：00-17：30）

或者关注“爱由信生患者援助项目”微信公众号查询

七、项目声明

- 1) 本项目为自愿参加
- 2) 申请本项目的患者需充分理解并愿意承担苏立信®药品可能产生的所有不良反应。本项目不承担任何因此而产生的相关经济费用和责任；
- 3) 本项目为慈善援助项目，唯一目的是为更多符合项目入组条件的患者能够有机会接受更为有效的药物治疗，本项目不收取患者的任何费用，不附加任何其他条件，援助药品不可以在市场上销售；
- 4) 本项目药品援助完毕后项目结束，不再接受和审批新的申请者；
- 5) 患者申请资料需要完备，提交的患者资料将不再退回；
- 6) 本项目的一切解释权归北京仁泽公益基金会。

八、项目监察

项目办有权对申请爱由信生自身免疫性疾病患者援助项目的患者进行定期抽查，对个人信息及医学资料，如发现与事实不符将立即停止援助。

九、法律声明

本项目将受到国家有关部门的审计，所有资料本项目相关人员须如实填写，如有不实或隐瞒，情节严重者将负法律责任。

北京仁泽公益基金会

2025年1月

