

医生备案表指引

请按要求填写并提交材料

1 医院名称

请填写医院全称，不得简写

2 科室盖章

科室主任签字并加盖科室章，如科室没有章，需盖上级章，如医务处、院章等公章

3 医生备案表

备案表内容填写完整，医生签字可多签些字体，后续签字将作为项目材料签字核对模板

4 提交证明材料

《执业医师资格证》《执业证》复印件或扫描件

注：《执业医师资格证》可提交国家卫健委官网截图或资格证复印件；
《执业证》需提供证书复印件

项目医生审核流程约30个工作日，以项目办实际审核为准

中国初级卫生保健基金会

爱普新生—肿瘤电场治疗患者援助项目 项目医院及项目医生邀请函

医院：

为了帮助更多的确诊为脑胶质瘤的患者得到及时有效的治疗，减轻患者经济负担，改善患者长期治疗获益，中国初级卫生保健基金会发起“爱普新生—肿瘤电场治疗患者援助项目”，再鼎国际贸易（上海）有限公司向中国初级卫生保健基金会无偿提供援助电场治疗贴片，项目旨在帮助脑胶质瘤的患者得到更持久和有效的医学治疗，提高生活质量。

援助对象：

患者愿意接受电场治疗贴片的治疗，自愿申请并签署知情同意书，同时按照项目规定如实提交项目申请资料，经基金会审核通过的患者，可接受电场治疗贴片援助。

1) 低保患者：在项目执行周期内，获得区/县级民政部门认可满一年的城镇低保/农村特困脑胶质瘤患者，经项目医院医生评估，适用于接受肿瘤电场治疗，新诊断GBM患者可获得本项目10盒（20片/盒）电场贴片的援助，复发性GBM患者可获得本项目4盒（20片/盒）电场贴片的援助，具体援助数量依据患者使用情况以及临床检查结果由医生进行评估。

2) 非低保患者：

首次申请：针对确诊为脑胶质瘤并自费使用2盒肿瘤电场治疗贴片的患者，根据项目医生评估，仍需进一步治疗的，经基金会审核通过后，将为其援助2盒肿瘤电场治疗贴片。

次轮申请：患者需继续自行使用6盒（包含3盒黑片，3盒白片）肿瘤电场治疗贴片，根据项目医生评估，仍需进一步治疗的，经基金会审核通过后，将为其援助最多不超过14盒（包含14盒黑片，14盒白片）肿瘤电场治疗贴片。

后续申请：患者使用24盒（自行使用+援助贴片，包含12盒黑片，12盒白片）电场贴片后，根据项目医生评估，仍需进一步治疗，可在继续自行使用8盒（包含4盒黑片，4盒白片）电场贴片后，获得持续贴片援助直至疾病第二次进展。

项目流程：

1) 患者到指定项目医院的项目医生处就诊，由项目医生评估患者是否符合项目入组医学标准；

2) 对于符合项目医学标准的患者，经基金会项目办公室审核批准入组后，患者可以获得援助电场治疗贴片；

3) 后续援助医学标准由项目医生评估患者使用电场贴片的安全性和有效性。

为了确保援助项目顺利开展，中国初级卫生保健基金会诚邀贵院参与援助项目，并支持以下事项：

1. 同意贵院医生作为项目的指定医生，负责对患者医学评估，确保患者的正确诊断和处方。

2. 同意遵循项目规定出现不良事件时及时上报。

如贵院同意参加，请贵院科室负责人在回执部分签字并盖章，感谢贵院对于公益项目的鼎力支持！

中国初级卫生保健基金会
爱普新生—肿瘤电场治疗患者援助项目
2026 年 6 月

项目确认函

我院已知晓上述邀请函中内容充分了解该项目，同意加入中国初级卫生保健基金会“爱普新生—肿瘤电场治疗患者援助项目”并遵循项目规定。

医院名称：

科室签字：

科室盖章：

日期： 年 月 日

爱普新生—肿瘤电场治疗患者援助项目

项目医生备案表

姓名		性别	
身份证号			
电话		邮箱	
所在医院		职务	
联系地址			邮政编码

我同意成为爱普新生—肿瘤电场治疗患者援助项目的项目医生，并遵循项目规定。

医生签名：

签字日期：