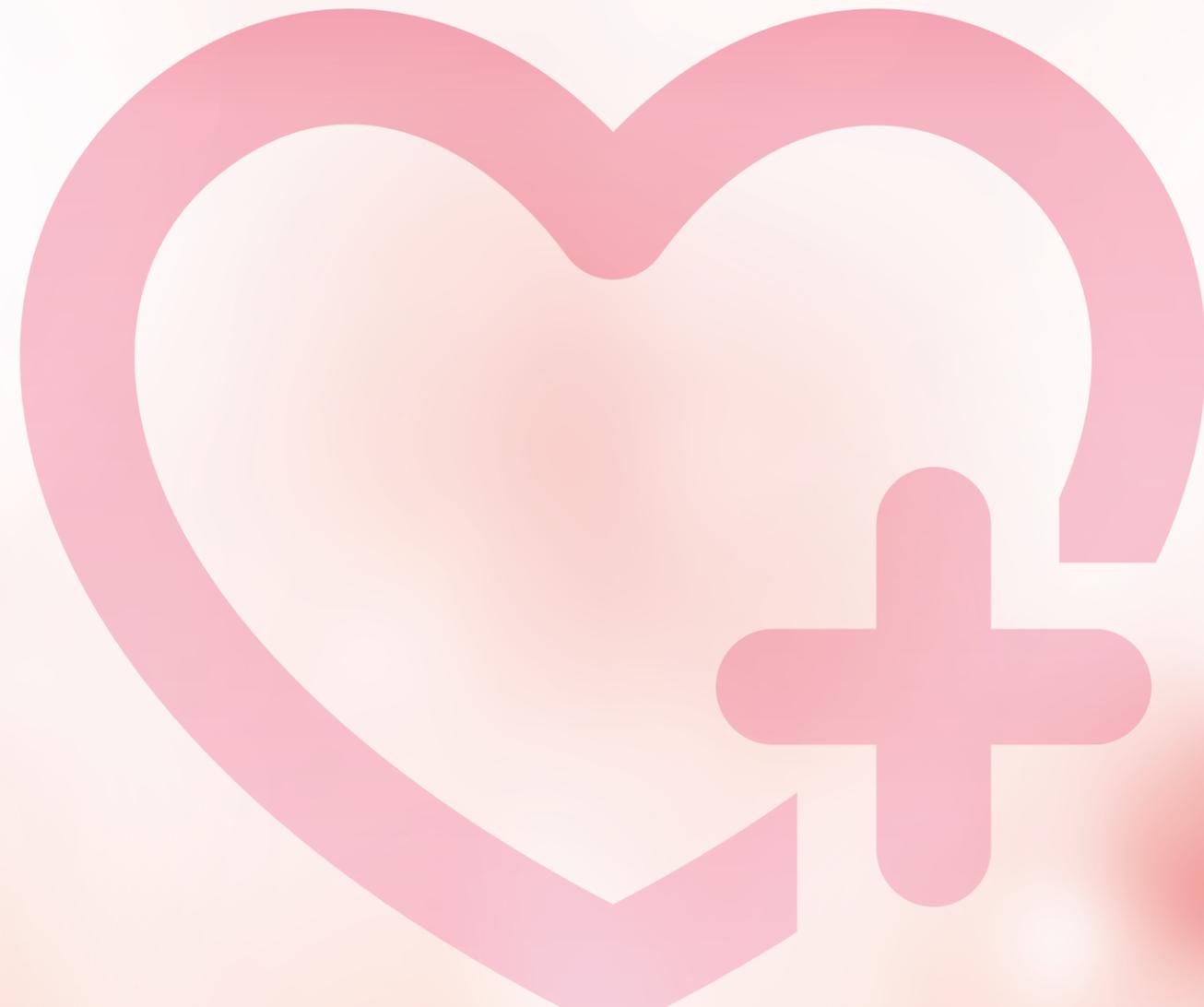


# 诺爱患者援助

——赞可达患者援助项目

患者手册



## 目 录

一、项目介绍 .....	01
二、项目流程 .....	02
三、患者申请材料清单 .....	05
四、患者领药材料清单 .....	05
五、医学条件确认表(样表) .....	06
六、申请人医学随访表(样表) .....	07
七、患者知情同意书(样表) .....	09
八、患者经济情况登记表(样表) .....	12
九、患者直系亲属经济情况登记表(样表) .....	13
十、后续申请经济情况声明(样表) .....	14
十一、药品领取记录(样表) .....	15
十二、赞可达项目领药点名单 .....	16

### 一、项目介绍

#### 1. 项目目的

本项目旨在帮助此前接受过克唑替尼治疗后进展的或者对克唑替尼不耐受的间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者持续获得规范化治疗,减轻肺癌患者治疗过程中的经济负担,帮助更多的患者,改善患者的生存期和生活质量。

#### 2. 项目启动时间

2019年5月

#### 3. 项目联系方式

- 热线电话: 4000 1919 06周一至周五(9:00-17:00)
- 邮寄地址: (只接收邮政特快专递EMS)北京市100001信箱50分箱
- 收件人: 诺爱患者援助——赞可达患者援助项目办公室(收)

#### 4. 项目申请条件

- 医学条件:

经项目注册医生确认符合赞可达®在中国获批的适应症:本品适用于此前接受过克唑替尼治疗后进展的或者对克唑替尼不耐受的间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者。
- 其他条件:
  - 申请本项目的患者需持有中华人民共和国大陆居民身份证或军官证;
  - 符合本项目规定的病前低保患者、“建档立卡”贫困家庭患者及低收入患者;
  - 申请本项目药品援助的患者,必须能亲自到指定发药点领药,不得代领。

#### 5. 项目模式

1) 对于通过中国妇女发展基金会及其指定的项目注册医生的审核,符合医学条件的病前低保及“建档立卡”贫困家庭的患者,援助模式为全部免费援助;

2) 对于非低保患者,通过中国妇女发展基金会及其指定的项目注册医生的审核,对符合经济援助条件和医学条件、已连续自费接受5盒赞可达®(规格:150mg/粒,150粒/盒)治疗的患者,其后终身使用的赞可达®药物予以免费援助,直至患者无法再从援助项目中受益。

## 6. 项目终止与退出

- 1) 项目注册医生认定患者出现严重的疾病进展或不可耐受的不良反应等，不宜继续接受药品援助药品治疗的情形；
- 2) 患者提供不实的医学或经济证明等申请资料；
- 3) 患者将援助药品出售或转赠他人；
- 4) 患者死亡；
- 5) 由于不可抗力等造成援助药品项目被迫终止；
- 6) 如由于以上第1-4项原因退出本项目，患者本人或者患者的家庭成员需将未曾使用的药品全部退还给赞可达患者援助项目药品发放处；或
- 7) 在项目进行过程中的任何时间，接受项目援助的患者有权自主决定是否继续参与或退出项目。如选择退出的，请按项目申请流程中列明的项目办公室地址将退出通知寄至项目办公室。

## 7. 项目声明

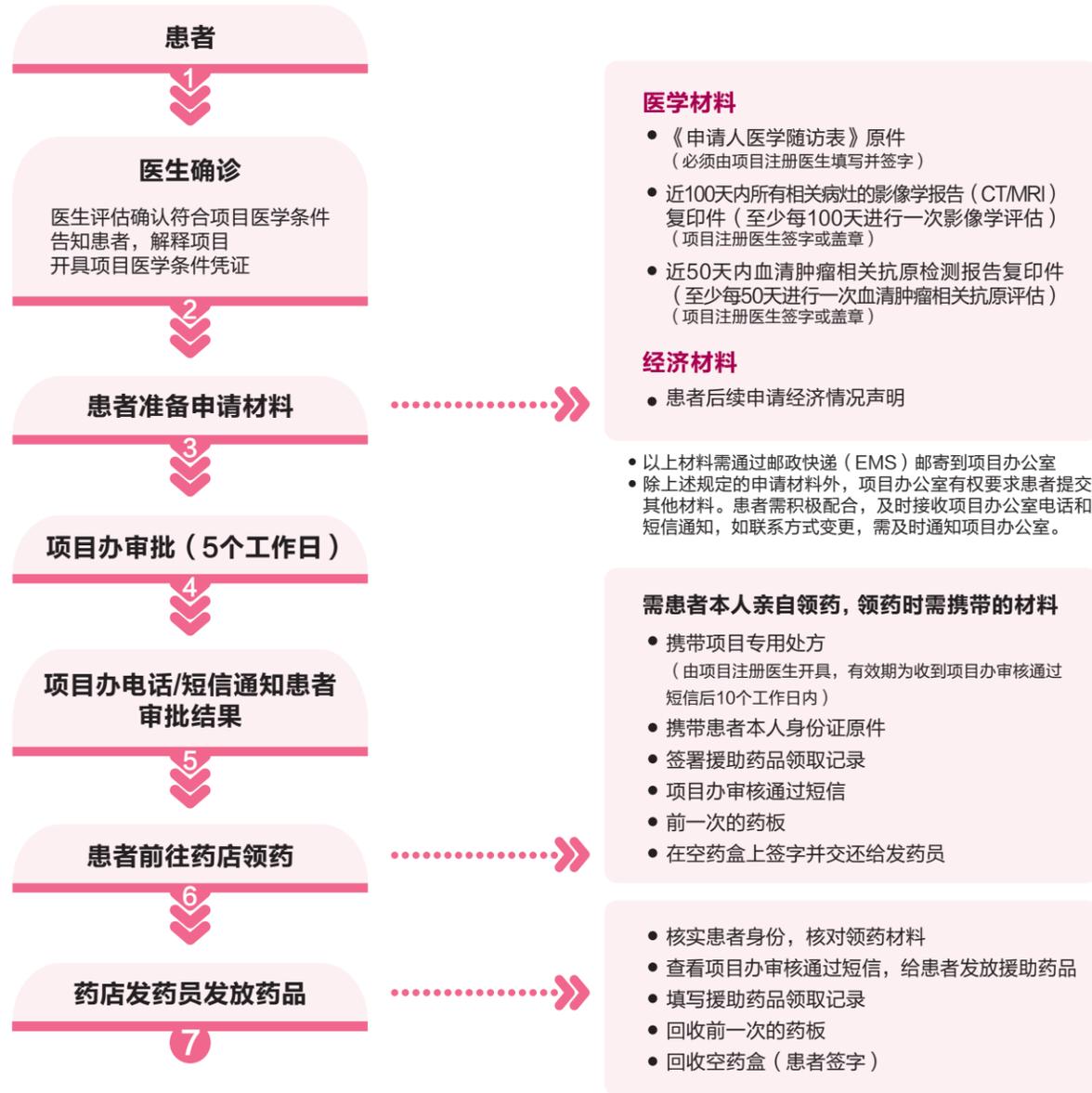
- 1) 本药品患者援助项目因就诊、治疗、领药等引起的交通费用、疾病诊断费用、检测费用等其他费用，项目办公室不予资助；
- 2) 项目办公室将为了本项目的目的，收集患者个人信息和医学信息，项目办公室将对患者个人信息及医学资料予以严格保密，除用于项目的管理、执行和审计外，不会用于任何其他用途。患者信息和资料将由项目主办方保留，除相关监管部门审查监督外，不会披露给任何第三方；
- 3) 本项目为公益项目，患者为自愿参加。关于疾病和治疗的相关问题，请联系您的医生，项目办公室不提供任何疾病诊断或治疗的依据，也不提供任何专业医学咨询或医疗服务；
- 4) 项目办公室有权对获取援助药品的患者进行抽查，核对个人信息和相关材料，如发现患者提供不实资料的有权立即停止参与项目资格；
- 5) 中国妇女发展基金会诺爱患者援助——赞可达患者援助项目最终解释权归中国妇女发展基金会。

## 二、项目流程

### 1. 患者首次申请与领药流程



## 2. 患者后续申请与领药流程



### 备注：

- 每周项目办公室进行多次资料审核，项目办公室将根据收到申请材料的先后顺序进行审核并以电话/短信告知患者审核结果，审核时限为收到申请资料后5个工作日；
- 如材料缺失或不准确，项目办公室会将需补寄的资料明细通过电话/短信通知患者；
- 材料审核未通过，项目办公室将通过电话通知患者审核不成功；
- 审核通过后才可以项目药店领取援助药品；
- 要求患者本人领药；
- 援助药品包装上注明“捐赠药品，不得销售”字样。

## 三、患者申请材料清单

患者基本信息及经济情况所需材料：  
提交材料必须真实有效，如与实际情况不符，本人应承担一切后果

	低收入患者	病前低保及“建档立卡”患者	备注
患者首次申请材料清单	患者知情同意书	患者知情同意书	患者签字、填写签字日期
	患者基本信息（经济情况）登记表	患者基本信息（经济情况）登记表	只需一个证明单位盖章
	患者直系亲属经济情况登记表	患者直系亲属经济情况登记表	亲属签字、填写签字日期、只需一个证明单位盖章
	《医学条件确认表》原件	《医学条件确认表》原件	项目注册医生填写并签字
	ALK检测的病理报告或基因检测报告的原件或复印件	ALK检测的病理报告或基因检测报告的原件或复印件	项目注册医生签字或盖章
	患者经克唑替尼治疗进展或不耐受的病例复印件，或项目注册医生手写签名的患者经克唑替尼治疗进展或不耐受的纸质证明	患者经克唑替尼治疗进展或不耐受的病例复印件，或项目注册医生手写签名的患者经克唑替尼治疗进展或不耐受的纸质证明	项目注册医生签字或盖章
	患者本人身份证正反面复印件	患者本人身份证正反面复印件	
	患者本人及直系亲属户口簿复印件	患者本人及直系亲属户口簿复印件	
	连续自费购买赞可达®5盒的购药发票原件或者加盖医保章的复印件，抬头需为患者姓名	低保证/扶贫手册复印件	
与购药发票数量相对应的赞可达连续用药记录病历/处方复印件	领取低保金的证明文件		

患者基本信息及经济情况所需材料：  
提交材料必须真实有效，如与实际情况不符，本人应承担一切后果

材料清单	后续申请材料	备注
	后续申请经济情况声明	患者签字、填写签字日期
	《申请人医学随访表》原件	项目注册医生填写并签字
	近100天内所有相关病灶的影像学报告（CT/MRI）复印件（至少每100天进行一次影像学评估）	项目注册医生签字或盖章
	近50天内血清肿瘤相关抗原检测报告复印件（至少每50天进行一次血清肿瘤相关抗原评估）	项目注册医生签字或盖章

## 四、患者领药材料清单

患者首次领药材料清单	材料
	项目专用处方
	患者本人身份证原件
	签署援助药品领取记录
	项目办审核通过短信
	在空药盒上签字并留给发药员

患者后续领药材料清单	材料
	项目专用处方
	患者本人身份证原件
	签署援助药品领取记录
	项目办审核通过短信
	前一次的药板
	在空药盒上签字并留给发药员

## 诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 医学确认表（样表）

1. 患者信息			
患者姓名	身份证号码	联系电话	
医院名称	注册医生姓名		
2. 医学条件评估			
临床诊断为 ALK阳性的 NSCLC	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是否有病理诊断 报告	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		或是否有ALK 检测报告	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
服药前诊断 (二选一)	克唑替尼进展 <input type="checkbox"/> 克唑替尼不耐受 <input type="checkbox"/>		
是否符合 赞可达®在中国 获批的适应症	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	建议服用剂量	
注册医生签字	填表时间		

备注:

1. 此表由注册医生本人填写，不得空缺和涂改。如有涂改，需在涂改处签字。
2. 作为项目注册医生特此确认：已审阅患者过去所有病历记录，影像学报告及病理报告做出本次诊断。
3. 患者需要提供所有医学材料的原件，原件交由医生审查，所有复印件需由注册医生签字或盖章后同本表格一同邮寄给项目办公室审核。

中国妇女发展基金会保留（此原件患者需同其他审核资料一起邮寄至项目办）

## 诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 申请人医学随访表

1. 患者信息	
患者姓名	身份证号码 联系电话
以下内容由注册医生填写	
医院名称	注册医生姓名
2. 医学条件评估	
请注册医生确认患者本次随访是否提供以下医学资料（若提供请在对应选项处划“√”，若未提供请勿勾选）	
<input type="checkbox"/> 近100天内所有相关病灶的影像学报告（CT/MRI）1份（至少每100天进行一次影像学评估） <input type="checkbox"/> 近50天内血清肿瘤相关抗原检测报告1份（至少每50天进行一次血清肿瘤相关抗原评估） <input type="checkbox"/> <b>确认影像学报告/血清肿瘤相关抗原检测报告无不良事件</b>	
赞可达®治疗 效果	患者是否可以继续从赞可达®治疗中获益 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
	患者是否耐受赞可达®的治疗 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
是否符合继续 援助医学标准	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
是否调整剂量	<input type="checkbox"/> 否，按上月剂量援助（援助剂量无变化时，请勿勾选下方剂量选项） <input type="checkbox"/> 是，变更剂量为： <input type="checkbox"/> 150mg/天 <input type="checkbox"/> 300mg/天 <input type="checkbox"/> 450mg/天
备注	
注册医生签字	填表时间

备注:

1. 此表由项目注册医生本人填写，不得空缺和涂改。如有涂改，需在涂改处签字。
2. 是否符合继续援助的医学标准，仅能由本项目注册医生判断填写。一般情况下仅有“赞可达®治疗效果”中所有项均为“是”才符合继续援助的医学标准。
3. 患者需每50天到指定的项目注册医生处进行随访，需特别注意在领取上次援助药品30天后，方可进行本次医学随访。若患者未按规定随访，则不能继续领取援助药品。
4. 本表格及上述医生确认的近100天内影像学报告复印件CT/MRI（该报告自报告日期起140日内有效，超出时限请再次提供）需要通过中国邮政EMS邮寄到中国妇女发展基金会项目办公室邮箱。
5. 若随访未通过，我办将及时联系患者，补充合格随访材料，方可正常领取援助药品。
6. 作为项目注册医生特此确认：已审阅患者过去所有病历记录，影像学报告及病理报告做出本次诊断。
7. 医疗机构人员若获知不良事件须按照中国有效的相关法律法规的要求，向相关的药品监督管理部门或药品上市许可持有人（或其代理人）进行上报。

中国妇女发展基金会保留（此原件患者需同其他审核资料一起邮寄至项目办）

项目热线：4000 1919 06周一至周五（9:00-17:00）  
邮政信箱地址：北京市100001信箱50分箱

## 诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 患者知情同意书（样表）

尊敬的患者：

您好！

“诺爱患者援助——赞可达患者援助项目”是由中国妇女发展基金会和诺华公司共同发起，诺华公司提供药品和资金支持而设立的患者援助项目。在您决定是否参加项目之前，请务必仔细阅读以下内容，它可以帮助您了解本项目，包括项目如何申请、您应遵守的规定和相关的注意事项等。如果您愿意，您也可以和您的亲属、朋友一起讨论，请您的医生给予专业的医学建议，帮助您决定是否参加本项目。

### 一、项目介绍

#### 1. 项目目的

本项目旨在帮助此前接受过克唑替尼治疗后进展的或者对克唑替尼不耐受的间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）患者持续获得规范化治疗，减轻肺癌患者治疗过程中的经济负担，帮助更多的患者，改善患者的生存期和生活质量。

#### 2. 项目启动时间

2019年5月

#### 3. 项目联系方式

- 热线电话：4000 1919 06周一至周五（9:00-17:00）
- 邮寄地址：（只接收邮政特快专递EMS）北京市100001信箱50分箱
- 收件人：诺爱患者援助——赞可达患者援助项目办公室（收）

#### 4. 项目申请条件

- 医学条件：

经项目注册医生确认符合赞可达®在中国获批的适应症：本品适用于此前接受过克唑替尼治疗后进展的或者对克唑替尼不耐受的间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）患者。
- 其他条件：
  - 申请本项目的患者需持有中华人民共和国大陆居民身份证或军官证；
  - 符合本项目规定的病前低保患者、“建档立卡”贫困家庭患者及低收入患者；
  - 申请本项目药品援助的患者，必须能亲自到指定发药点领药，不得代领。

项目热线：4000 1919 06周一至周五（9:00-17:00）  
邮政信箱地址：北京市100001信箱50分箱

## 二、项目终止与退出

1. 项目注册医生认定患者出现严重的疾病进展或不可耐受的不良反应等，不宜继续接受药品援助药品治疗的情形；
2. 患者提供不实的医学或经济证明等申请资料；
3. 患者将援助药品出售或转赠他人；
4. 患者死亡；
5. 由于不可抗力等造成援助药品项目被迫终止；
6. 如由于以上第1-4项原因退出本项目，患者本人或者患者的家庭成员需将未曾使用的药品全部退还给赞可达患者援助项目药品发放处；或
7. 在项目进行过程中的任何时间，接受项目援助的患者有权自主决定是否继续参与或退出项目。如选择退出的，请按项目申请流程中列明的项目办公室地址将退出通知寄至项目办公室。

## 三、可能的风险

您参与本项目的风险包括与赞可达®药物可能有关的不良反应，详见药品说明书（请联系项目办公室获取）。

此外，根据注册医生对每位患者的医学评估情况，参与本项目的每位患者每次最多领取50天的标准药量，即每次最多不超过1盒赞可达®（150mg/粒，150粒/盒）。患者继续领取援助药品需提供本项目注册医生开具的符合继续援助医学标准的医学随访表及相关报告。

如果患者从本药品中获益但因任何原因（包括本知情同意书第二部分“项目终止与退出”的情形）停止本药品的治疗，有可能出现以下风险：

- 停止本药品的治疗后，可能出现疾病进展；
- 换用其它药品治疗后，可能出现疾病进展或相关的不良反应。

因此，您在考虑是否参与本项目、参与本项目期间以及您领取完援助药品后的治疗选择时，应当与您的医生充分讨论和评估可能的获益和风险，并在听取您的医生的专业建议和充分考虑自身情况后作出相关决定。您将自行承担上述风险可能产生的后果，项目主办方和资助方对上述风险可能产生的后果不承担任何责任。

## 四、项目声明

1. 本药品患者援助项目因就诊、治疗、领药等引起的交通费用、疾病诊断费用、检测费用等其他费用，项目办公室不予资助；
2. 项目办公室将为了本项目的目的，收集患者个人信息和医学信息，项目办公室将对患者个人信息及医学资料予以严格保密，除用于项目的管理、执行和审计外，不会用于任何其他用途。患者信息和资料将由项目主办方保留，除相关监管部门审查监督外，不会披露给任何第三方；
3. 本项目为公益项目，患者为自愿参加。关于疾病和治疗的相关问题，请联系您的医生，项目办公室不提供任何疾病诊断或治疗的依据，也不提供任何专业医学咨询或医疗服务；
4. 项目办公室有权对获取药品援助药品的患者进行抽查，核对个人信息和相关材料，如发现患者提供不实资料的有权立即停止参与项目资格；
5. 中国妇女发展基金会诺爱患者援助——赞可达患者援助项目最终解释权归中国妇女发展基金会。

## 五、参与人确认

本人已认真阅读了上述有关中国妇女发展基金会诺爱患者援助——赞可达患者援助项目患者知情同意书的全部内容。

本人完全理解、同意并承诺遵守项目的相关要求，并已充分了解本项目可能给本人带来的益处和风险。

- 我自愿申请并加入诺爱患者援助——赞可达患者援助项目。
- 本人知晓，根据项目注册医生对我的医学评估情况，本人每次最多领取50天的标准药量，即每次最多不超过1盒赞可达®（150mg/粒，150粒/盒）。本人继续领取援助药品需提供本项目的注册医生开具的符合继续援助医学标准的医学随访表及相关报告。本人也充分了解了中断治疗可能带来的风险。
- 本人保证所提交的材料真实、准确、完整，同意接受中国妇女发展基金会的调查核实，同时本人已知晓任何不实或隐瞒申报将导致本人的申请得不到批准或项目资格立即终止。
- 如接受援助药品后，违反项目规定的，本人同意接受中国妇女发展基金会“诺爱患者援助——赞可达患者援助项目”办公室的处理决定；如出现退出项目的情形，本人同意按照上述规定退回援助药品。

患者姓名（正楷填写）：

患者签字：

签字日期：

中国妇女发展基金会保留（此原件患者需同其他审核资料一起邮寄至项目办）

患者编号

## 诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 患者经济情况登记表（样表）

基本信息：

患者姓名：	性别：
年龄：	手机号码：
身份证号码：	
邮寄地址及编码：	
紧急联络人：	关系： 手机号码：
工作情况： <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 其他 请注明（ ）	
工作单位名称：	工作部门及职务：
工作单位电话：	
年度个人总收入（包括工资、奖金、补贴等）：	
本单位证明以上填写内容情况属实。	
证明人签字：	公章：
年 月 日	
请患者申报家庭是否具有高额资产（包括高档住宅、豪华家用轿车、有价证券、公司企业等）	
<input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 是，请说明资产内容	
项目办确认	
赞可达患者援助项目办公室意见（此栏无需患者填写）	
年 月 日	

备注：

1. 个体经营需提供营业执照复印件及近半年纳税证明。
2. 未参加工作、已退休或无固定工作请注明现在情况，由所在地政府部门（居委会/村委会、街道办事处、社保部门或者民政部门）或退休前工作单位盖章。

中国妇女发展基金会保留（此原件患者需同其他审核资料一起邮寄至项目办）

患者编号

## 诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 患者直系亲属经济情况登记表（样表）

姓名：	性别：	年龄：
与患者关系：	手机号码：	
工作情况： <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 其他 请注明（ ）		
工作单位名称：	工作部门及职务：	
工作单位电话：		
年度个人总收入（包括工资、奖金、补贴等）：		
本单位证明以上填写内容情况属实。		
证明人签字：	公章：	
年 月 日		
本人确认以上所填信息真实有效。		
签字：	日期：	

备注：

1. 患者配偶、父母、及全部成年子女均需填写本页，本页可以复印使用。
2. 个体经营需提供营业执照复印件及近半年纳税证明。
3. 未参加工作、已退休或无固定工作请注明现在情况，由所在地政府部门（居委会/村委会、街道办事处、社保部门或者民政部门）或退休前工作单位盖章。

中国妇女发展基金会保留（此原件患者需同其他审核资料一起邮寄至项目办）

患者编号

## 诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 后续申请经济情况声明（样表）

基本信息：

患者姓名：	性别：
年龄：	手机号码：
身份证号码：	
邮寄地址及编码：	
紧急联络人：	关系： 手机号码：
是否为病前低保/“建档立卡”贫困家庭患者：	
<input type="checkbox"/> 是（如填此项，注明属于病前低保/“建档立卡”贫困家庭患者）_____	
<input type="checkbox"/> 否	
<b>我声明：</b> 本人及直系亲属经济情况均未发生重大变化，本人同意，并授权中国妇女发展基金会对本人的经济信息内容进行调查核实。且本人已知晓任何不实或隐瞒申报将导致本人的申请得不到批准或项目资格立即终止的结果，中国妇女发展基金会将追回援助药品，并保留追究法律责任的权利。	
患者签字：	
年 月 日	
项目办确认	
赞可达患者援助项目办公室意见（此栏无需患者填写）	
年 月 日	

备注：

患者必须如实提交所有材料，凡提交虚假材料或不如实提交所需材料者，将失去援助资格。

中国妇女发展基金会保留（此原件患者需同其他审核资料一起邮寄至项目办）

患者编号

## 诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 药品领取记录（样表）

患者姓名：	性别：
年龄：	手机号码：
身份证号码：	
本项目药品知情确认：	
<ul style="list-style-type: none"> <li>在领取药品时仔细确认药品外包装是否破损以及是否为本项目专用标签“捐赠药品，不得销售”，如发现问题，请第一时间和发药老师确认。</li> <li>赞可达®需要在25摄氏度以下保存，避光、防潮、防热等，若您未能按要求保存，造成药品变质，所导致的一切后果由患者自行负责。</li> <li>本项目药品一经离开项目药房，因上述原因导致药品出现问题，项目办公室概不负责。</li> <li>参加本项目每次最多领取50天标准用量的赞可达®（规格：150mg/粒，150粒/盒）药品。</li> <li>患者需注意药板的保留，在下次领药时将空药板回收至药店。</li> </ul>	
我已认真阅读上述内容，并已理解所约定事项。我自愿申请并加入诺爱患者援助——赞可达患者援助项目并遵守项目的相关规定。	
患者签字：	日期：
<b>领药信息</b>	
领药地点：	领药时间：
领取赞可达®150mg/粒，150粒/盒，共壹（1）盒；药品批号：_____	
您参加本项目的本次药品领取完毕。	
已检查确认，赞可达®壹（1）盒包装完整，无破损。	已检查确认，赞可达®壹（1）盒包装完整，无破损。
患者签字：	发药员签字：
日期：	日期：

备注：

本表格一式三份，患者、药房、项目办各自保留一份签字文件。

中国妇女发展基金会保留（此页由发药员邮寄至项目办）

## 诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 项目药店名称和地址信息表

省份	城市	药房名称	地址信息
北京市	北京	北京国大药房连锁有限公司永定门连锁店	北京市东城区三元西巷甲12号
天津市	天津	天津博康胜家大药房有限公司	天津市和平区桂林路2号岳都园一层底商-3室
河北省	石家庄	国药河北乐仁堂医药连锁有限公司总店	河北省石家庄市长安区青园街57号
山西省	太原	国药集团山西有限公司零售一部	山西省太原市迎泽区双塔寺街18号2幢一层
内蒙古自治区	呼和浩特	国药控股国大药房内蒙古有限公司第一门店	内蒙古自治区呼和浩特市回民区通道北街65号(一楼、二楼)
	呼伦贝尔	国药控股国大药房呼伦贝尔有限公司巴镇一店	内蒙古自治区呼伦贝尔市鄂温克旗巴彦托海镇中央街国大药房
	赤峰	赤峰人川大药房连锁有限公司园林路连锁门店	内蒙古自治区赤峰市红山区园林路中段(附属医院对过)
辽宁省	大连	国药控股大连有限公司新特药大药房	辽宁省大连市西岗区胜利路135号1单元1层2号
	沈阳	沈阳市国大药房继东南宁街药店	辽宁省沈阳市和平区南宁北街15甲3号
吉林省	长春	长春大格大药房有限公司	吉林省长春市经济开发区东南湖大路388号
黑龙江省	哈尔滨	哈药集团医药有限公司新特药特商店	黑龙江省哈尔滨市道里区地段街95-1号
上海市	上海	国药控股国大药房上海连锁有限公司泰康路店	上海市卢湾区泰康路166号底层
江苏省	南京	江苏省医药有限公司国药商场	江苏省南京市鼓楼区广州路140号
浙江省	杭州	浙江英特怡年药房连锁有限公司杭州清吟街店	浙江省杭州市上城区清吟街5号商铺
	宁波	上药控股宁波医药股份有限公司大药房	浙江省宁波市海曙区车轿街26号
	温州	华润温州医药有限公司鹿威新特医药商店	浙江省温州市解放街187号
安徽省	合肥	合肥新稀特大药房有限公司	安徽省合肥市蜀山区绩溪路321号万象新天小区1幢2幢3幢商1-120-126

项目热线：4000 1919 06周一至周五（9:00-17:00）  
邮政信箱地址：北京市100001信箱50分箱

省份	城市	药房名称	地址信息
福建省	福州	国药控股福州有限公司鼓楼区古田路国控大药房	福建省福州市鼓楼区古田路38号华裕广场一层M、L、K、N、P、Q、I、J 铺位
	厦门	福建国大药房连锁有限公司厦门新特药店	福建省厦门市思明区镇海路97号
江西省	南昌	江西黄庆仁棧华氏大药房有限公司南昌市樟树国药局	江西省南昌市西湖区象山南路228号
山东省	济南	山东国药关爱大药房有限公司济南和平路店	山东省济南市历下区经十路17703号华特广场一层A区A105室
	青岛	青岛德信行惠友大药房有限公司	山东省青岛市市南区漳州一路42号
河南省	郑州	华润河南医药有限公司新稀特大药房	河南省郑州市金水区姚寨路61号(纬五路与姚寨路交叉口东北角)
湖北省	武汉	国药控股湖北汉口大药房有限公司黄石路店	湖北省武汉市江岸区黄石路安静小区10号楼1-3层
湖南省	长沙	国药控股湖南有限公司维安大药房河西店	湖南省长沙市岳麓区咸嘉湖路72号长房西城湾商辅2层
广东省	广州	国药控股广州有限公司农林下路大药房	广东省广州市越秀区农林下路20号，自编01号
	深圳	国药控股国大药房深圳连锁有限公司振兴分店	广东省深圳市福田区华强北街道华强北路赛格科技工业园4栋1层A-D轴12-13轴
广西壮族自治区	南宁	柳州桂中大药房连锁有限责任公司南宁教育路药店	广西壮族自治区南宁市青秀区教育路19-2号
海南省	海口	国药控股海南有限公司海口国药关爱旗舰店	海南省海口市美兰区人民大道60号静安公园公寓103-104房
重庆市	重庆	重庆和平欣特健康管理服务有限公司渝中药事服务中心	重庆市渝中区民族路128号2楼
四川省	成都	国药集团西南医药有限公司武侯区武兴四路药店	四川省成都市武侯区武兴路38号附1号
云南省	昆明	云南省医药有限公司新特药零售中心	云南省昆明市北京路延长线金江小区商铺8-28号
陕西省	西安	国药控股陕西大药房有限公司	陕西省西安市新城区长乐西路3号陕西电力建设总公司调试综合楼一层03号商铺
甘肃省	兰州	甘肃欣特健康科技有限公司永昌路大药房	甘肃省兰州市城关区张掖路街道永昌路（永昌路与武都路十字南侧）
宁夏回族自治区	银川	益可思大药房连锁有限公司附院店	宁夏回族自治区银川市兴庆区水木清苑15号楼1号营业房
新疆维吾尔自治区	乌鲁木齐	国药集团新疆新特药业有限公司乌鲁木齐安居北路新特药店	新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市水磨沟区安居北路215号2栋1层

项目热线：4000 1919 06周一至周五（9:00-17:00）  
邮政信箱地址：北京市100001信箱50分箱