

附件 2

重组人血管内皮抑制素注射液（恩度） 治疗非小细胞肺癌操作指引

一、基本信息

产品名称：重组人血管内皮抑制素注射液（Recombinant Human Endostatin Injection）

商品名：恩度

规格：15mg/2.4×10⁵U/3ml/支，14支/盒

生产厂商：山东先声麦得津生物制药有限公司

批准文号：国药准字 S20050088

经销企业：江苏先声药业有限公司

慈善机构：北京白求恩工业基金会

二、医保基金支付适应症

晚期非小细胞肺癌患者。

三、医学标准

经影像学、组织学或细胞学诊断为晚期非小细胞肺癌。

以上检查必须在三级甲等医院进行或由责任医师复核。

四、特药待遇

1. 自治疗之日起，医保基金和参保患者共同承担恩度的药品费用。

2. 符合苏政办发〔2015〕135号文件规定的重点医疗救助对象（最低生活保障家庭成员、特困供养人员、具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者、享受民政部门定期定量生活补助费的20世纪60年代精减退职职工、重点优抚对象、享受政府基本生活保障的孤儿和设区的市、县（市、区）总工会核定的特困职工），使用恩度可获得由生产企业合作的（慈善）机构提供的全程免费治疗待遇，个人和医保基金均无需支付。重点医疗救助对象须由参保地医保经办机构严格审核，并在《特药待遇证》上予以明确。

3. 参保患者购买药品和领取慈善援助药品均在医保特药定点医院药店。

五、患者申请特药待遇提供材料

1. 参保患者患晚期非小细胞肺癌的相关病历及诊治记录、医学诊断检查结果（包含影像学、病理学报告）；
2. 参保患者填写，经责任医师签字确认，医院医保办审核盖章的《江苏省医疗保险特药使用申请表》；
3. 参保患者社会保障卡原件或复印件；
4. 参保患者近期1寸免冠照片1张；
5. 属于重点医疗救助对象的患者需提供相关证明材料；
6. 其他有关材料。

六、复查评估

参保患者应定期（每2个月1次）到责任医师处进行影像

学评估，并将由责任医师签字确认的《江苏省医疗保险特药使用评估表》交特定药店留存，以确保合理用药和治疗，可继续享受特药待遇。

七、停药或退出标准

1. 按照 RECIST1.1 版标准出现疾病进展；
2. 出现严重不能耐受的不良反应；
3. 无法提供随访要求的影像学检查报告及影像学图片。