

第 _____ 次医学信息随访表

申请人填写:				
姓名		患者编号		性别 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
本人手机		家属手机		
项目医院			项目医生	
项目医生填写:				
出现无法耐受反应	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
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, 变更后剂量 <input type="checkbox"/> 8mg/天 <input type="checkbox"/> 12mg/天			
	<input type="checkbox"/> 其他 _____			
请医生确认患者本次随访是否提供以下医学材料 (若提供请在对应选项处划“√”, 若未提供请勿勾选):				
1) 近一个月内的影像学报告 (CT/MRI)				
2) 近一个月内的AFP化验单				
医生处方意见:				
是否建议该患者继续使用仑伐替尼 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合				
患者体重 _____ KG				
建议服用剂量 <input type="checkbox"/> 8mg/天 <input type="checkbox"/> 12mg/天 其他 _____				
			项目医生签字、盖项目章:	填表日期:
备注:				
1. 患者若出现毒副反应, 请项目医生填写《不良事件报告表》并一起邮寄至项目办公室;				
2. 请患者配合项目医生完整填写此表, 避免因填写原因 (缺填、漏填、错填等) 造成表格作废;				
3. 若患者未按时随访, 则不能领取援助药品;				
4. 为了不耽误患者用药, 请务必在断药1个月时开始准备申请资料, 断药前15天邮寄完整的资料至项目办公室审核, 审核通过后方可领药;				
5. 该表格填表时间在项目办公室收到的1个月内有效;				
6. 每次具体援助药品数量以不超过自费阶段使用药品数量为限; 具体援助次数由项目医生根据患者疾病情况及临床检查结果进行判定。				

填表说明: 本表用于项目办公室备案使用, 请填写真实信息。