

白求恩公益关爱女性健康行动 择优乐享-患者援助项目 第__次医学随访表

申请人填写				
姓名		年龄		联系电话
身份证号码	□□□□□□□□□□□□□□□□			
项目医院		项目医生		
项目医生填写				
治疗效果评估	<input type="checkbox"/> 部分缓解 <input type="checkbox"/> 完全缓解 <input type="checkbox"/> 疾病稳定 <input type="checkbox"/> 疾病进展 * 并同时提供相应影像学检查报告单 已使用尼拉帕利（则乐®）治疗的第_____周期（每28天为一周期）			
患者在使用尼拉帕利（则乐®）期间是否出现不良反应 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请描述_____（如出现，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）				
医生处方意见： 患者是否适合继续使用尼拉帕利（则乐®）进行治疗 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合，请描述_____ 本次申请援助药品_____盒（100mg,30粒/盒）				
项目医生签字、盖章： 填表日期：				
备注： 1、附上相应影像学检查报告单，同时项目医生签字并盖备案章，请申请人配合项目医生完整填写此表，避免因填写原因（缺项、漏填、错填、涂改等）造成此表格浪费。 2、医生随访30天内有效，超过有效期重新随访。				