

# 项目再申请表医学评估表

(肢端肥大症患者使用)



最近一次审核编号: _____ 姓名: _____	
<b>郑重声明:</b> 我自愿加入“索马杜林®慈善援助项目”，已通过项目办公室资格审查并领取及使用捐赠药品。我声明首次申请时提交资料真实、合法、有效。为巩固治疗效果，经项目医生确认需继续使用醋酸兰瑞肽（索马杜林®）治疗疾病，特再次向项目办公室申请免费捐赠药品。我同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请捐赠，并遵从医嘱。	
<b>医学评估信息</b>	
用药后	使用兰瑞肽 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月
疗效评估	症状: <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 无变化 <input type="checkbox"/> 缓解
	生化检查: GH (随机) _____ μg/L 或 GH (葡萄糖负荷) _____ μg/L IGF-1: _____ μg/L
	MRI 肿瘤分级: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV 肿瘤大小: <input type="checkbox"/> 缩小 <input type="checkbox"/> 稳定 <input type="checkbox"/> 增大
医院:	科室: 项目医生签字:
患者签字:	日期:

注意:

1. 患者经项目医生确诊为肢端肥大症，且判定可以使用醋酸兰瑞肽治疗
2. 患者经临床评估能够耐受醋酸兰瑞肽治疗，无严重的毒副作用
3. 建议连续使用至少 6 个月，患者需密切随访
4. 更多药品信息请参见醋酸兰瑞肽药品说明书