

首次申请医学评估表

(肢端肥大症患者使用)



北京仁泽公益基金会
Beijing RenZe Foundation
健康 / 教育 / 社区 / 管理

患者基本信息				
姓名:	性别: 男 女	年龄:	联系电话 (固话):	手机:
家庭地址:				
身份证号:				
医学评估信息				
临床诊断				
治疗前情况	症状: <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> 关节痛 <input type="checkbox"/> 多汗 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 肿瘤压迫 <input type="checkbox"/> 其他 生化检查: GH (随机) _____ $\mu\text{g/L}$ 或 GH (葡萄糖负荷) _____ $\mu\text{g/L}$ IGF-1: _____ $\mu\text{g/L}$ MRI 检查: MRI 肿瘤分级 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV 肿瘤直径 _____ mm 或肿瘤体积 _____ mm^3			
用药后疗效评估	使用兰瑞肽 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 4月 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) _____ $\mu\text{g/L}$ 或 GH (葡萄糖负荷) _____ $\mu\text{g/L}$ IGF-1: _____ $\mu\text{g/L}$ 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			
本人已通过注册医师的医学评估, 自愿申请索马杜林® 药品 _____ 支。				
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 (垂体生长激素腺瘤), 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