

项目再申请医学评估表

(有症状的神经内分泌肿瘤患者使用)



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

最近一次审核编号: _____ 姓名: _____

郑重声明:

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。

医学评估信息

	使用兰瑞肽	4月 <input type="checkbox"/>	5月 <input type="checkbox"/>	6月 <input type="checkbox"/>	7月 <input type="checkbox"/>	8月 <input type="checkbox"/>	9月 <input type="checkbox"/>
用药后	症状:	缓解 <input type="checkbox"/>	稳定 <input type="checkbox"/>	进展 <input type="checkbox"/>			
疗效评估	原发灶	缓解 <input type="checkbox"/>	稳定 <input type="checkbox"/>	进展 <input type="checkbox"/>			
	转移灶	缓解 <input type="checkbox"/>	稳定 <input type="checkbox"/>	进展 <input type="checkbox"/>			

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有症状的神经内分泌肿瘤，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，无严重的毒副反应
3. 建议连续使用至少3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