**首次申请医学评估表**

**（类癌患者使用）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | 胰岛素瘤 胰高血糖素瘤 胃泌素瘤 VIP瘤 其他NET  原发部位： 胰腺 胃 肠 肺 未知 其他部位  分级： G1 G2 G3 分期：I II III IV | | | | |
| 检查 | 奥曲肽扫描： 阳性 阴性  CT检查： 肝转移灶 多发 单发 其他转移\_\_\_\_\_ | | | | |
| 用药后  疗效评估 | 使用兰瑞肽 1月 2月 3月  症状： 缓解 稳定 进展  原发灶 缓解 稳定 进展  转移灶 缓解 稳定 进展 | | | | |
| **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类癌（神经内分泌瘤），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

项目办公室审批意见

同意捐赠 审核编号：

不同意捐赠 原因

审批人签名： 日期：