**首次申请医学评估表**

**（肢端肥大症患者使用）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  | | | | |
| 治疗  前情况 | 症状: 头痛 关节痛 多汗 乏力 肿瘤压迫 其他  生化检查：GH（随机）\_\_\_\_\_μg/L 或 GH（葡萄糖负荷）\_\_\_\_\_μg/L IGF-1: \_\_\_\_\_μg/L  MRI检查：MRI 肿瘤分级 I II III IV 肿瘤直径 \_\_\_\_ mm 或肿瘤体积\_\_\_\_\_mm3 | | | | |
| 用药后  疗效评估 | 使用兰瑞肽 1月 2月 3月 4月  症状： 消失 无变化 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： I II III IV 肿瘤大小： 缩小 稳定 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，无严重的毒副反应
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

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：