**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：  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** | |
| 用药后  疗效评估 | 使用兰瑞肽 4月 5月 6月 7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 |
| **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：