**项目再申请医学评估表**

**（类癌患者使用）**

|  |
| --- |
| 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 8月 9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 |
| **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：