

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 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> 胰高血糖素瘤 <input type="checkbox"/> 胃泌素瘤 <input type="checkbox"/> VIP 瘤 <input type="checkbox"/> 其他 NET <input type="checkbox"/> 原发部位: 胰腺 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 肠 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/> 其他部位 <input type="checkbox"/> 分级: G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3 <input type="checkbox"/> 分期: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>			
检查	奥曲肽扫描: 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> CT 检查: 肝转移灶 多发 <input type="checkbox"/> 单发 <input type="checkbox"/> 其他转移 _____			
用药后 疗效评估	使用兰瑞肽 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 症状: 缓解 <input type="checkbox"/> 稳定 <input type="checkbox"/> 进展 <input type="checkbox"/> 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"/>			
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, 无严重的毒副作用
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