



中华慈善总会多吉美患者援助项目

肾癌患者随访表

患者姓名		患者编号	
联系电话		身份证号	
医院名称		注册医生姓名	
<p>请医生确认患者本次随访是否提供以下医学材料（若提供请在对应选项处划“√”，若未提供请勿勾选）：</p> <p><input type="checkbox"/> 近3个月内影像学报告（CT/MRI）1份（至少每3个月进行一次影像学评估）</p> <p>注意：以上医生确认患者已提供的医学资料原件（如为复印件需要加盖医院章）需邮寄至项目办进行审核。</p>			
是否符合继续援助医学标准	<input type="checkbox"/> 继续 <input type="checkbox"/> 停止，如停止原因涉及不良事件或怀孕等情况，请注明：_____		
是否调整剂量	<input type="checkbox"/> 否，按上月剂量援助（援助剂量无变化时，请勿勾选下方剂量选项） <input type="checkbox"/> 是，变更后剂量为：400mg <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QOD <input type="checkbox"/> 其他 _____		
注册医生签字 并盖章		填表时间	年 月 日

- 备注：
- 1、此表由注册医生本人填写，不得空缺和涂改。如有涂改，需在涂改处盖注册医生章。
 - 2、患者需要服用上月援助药品10日后，方可进行本月医学随访，并邮寄此表格至项目办公室进行审核。
 - 3、此表格适用于不能进行线上申请的患者，如为线上申请患者，则本表格的信息和相关医学证明资料均通过线上提交。
 - 4、本表及上述医生确认患者已提供的医学资料原件（如为复印件需要加盖医院章）需通过中国邮政EMS邮寄到中华慈善总会多吉美项目办公室指定信箱：北京市100034信箱22号分箱。收件人：多吉美项目办公室。
 - 5、若随访未通过，我办将及时联系患者。若随访通过，患者可以通过“中慈助医”APP或拨打项目热线400-864-2150进行查询。
 - 6、若患者未按规定随访，则不能继续领取援助药品。
 - 7、如获知不良事件或其他需要报告的情况，请确保在获知的一个工作日内报告至拜耳公司药物警戒部门（传真010-85505141或邮件pv.china@bayer.com）。