

适时把握，加持未来—急性髓系白血病患者援助项目 医学随访表

申请人填写	
姓名 _____	年龄 _____ 本人联系方式 _____
身份证号 _____	家属联系方式 _____
项目医院 _____	项目医生 _____
项目医生填写	
治疗情况	已使用富马酸吉瑞替尼片（适加坦®）____盒，治疗剂量：40mg* ____片/天
检查报告单	请医生确认患者本次评估是否已提供以下医学材料： ☐ 检查报告单（检查日期在填表日期30天内，具体检查项目由项目医生确认） 备注：以上检查报告单均需项目医生签字
临床评估	临床进展 ☐ 是 ☐ 否（指临床病情的进展情况，由医生自行判断）
不良事件	患者是否出现不良事件 ☐ 是 ☐ 否 若是，请填写《不良事件报告表》并与本表一起提交。
项目医生 评估意见	是否建议该患者继续使用富马酸吉瑞替尼片， ☐ 建议 ☐ 不建议 建议服用剂量：40mg* ____片/天 项目医生签字： _____ 填表日期： _____
备注： 1、表格信息务必填写完整，所有信息涂改无效； 2、患者需在断药前10天邮寄至项目办公室，以免耽误患者用药； 3、该表格填表时间在项目办公室收到的1个月内有效。	