



适时把握，加持未来—急性髓系白血病患者援助项目 医学条件确认表

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				
诊断与治疗	疾病诊断是否为AML (非APL)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	疾病确诊时间	
	复发或难治AML	<input type="checkbox"/> 复发 <input type="checkbox"/> 难治 <input type="checkbox"/> 复发且难治	是否为FLT3+	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	是否开始使用富马酸吉瑞替尼片(适加坦®)	<input type="checkbox"/> 是 (开始用药时间_____年____月____日, 治疗剂量: 40mg*____片/天) <input type="checkbox"/> 否		
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： <input type="checkbox"/> 确诊病理报告或诊断证明资料 (无时间要求) <input type="checkbox"/> 骨髓象报告 (检查日期在填表日期30天内) <input type="checkbox"/> 血常规以及血生化检查 (检查日期在填表日期30天内) <input type="checkbox"/> FLT3 基因检测 (无时间要求) 备注：以上检查报告单均需项目医生签字			
禁忌症	有无使用富马酸吉瑞替尼片的禁忌症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否			
不良事件	患者是否出现不良事件 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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	该患者是否符合入组医学标准 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 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。				