



附件四

低保患者-医学条件确认表

(低保患者首次援助申请时提交)

申请人填写	患者信息	姓名：_____ 身份证号码：_____		
		性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年龄：_____ 手机：_____		
项目医生填写	病史与诊断	<input type="checkbox"/> 乳腺癌 <input type="checkbox"/> 卵巢癌 <input type="checkbox"/> 血液肿瘤 <input type="checkbox"/> 淋巴瘤 <input type="checkbox"/> 多发性骨髓瘤 <input type="checkbox"/> 软组织肉瘤 <input type="checkbox"/> 其它 _____		
	治疗情况	总治疗疗程数 _____ ； 已累计使用蒽环类药物总剂量 _____ ； 末次化疗日期：_____ ； 末次用药剂量 _____ mg/周期 ；		
	患者是否获益	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	患者获益疗效说明：	_____		
	患者是否存在使用立幸® (盐酸多柔比星脂质体注射液) 的禁忌症： <input type="checkbox"/> 无， <input type="checkbox"/> 有， 如有，请描述：_____ (必须填写本栏 本栏如未勾选，本评估表无效)	_____		
	患者已接受立幸治疗时间 _____ 月	下阶段推荐剂量	_____ mg/周期	
	该患者是否符合入组的医学标准	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合		
	项目医生签字： 项目医生盖章： 填表日期：			

备注：

- 1、患者在使用援助药品期间停药最长间隔时间为3个月；
- 2、患者末次化疗结束后随访检查间隔时间为10天以上；
- 3、相应的报告单加盖项目医生章的复印件，请申请人配合项目医生完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成此表格作废。