



附件五

第 _____ 次医学随访表

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：_____；		
		座机：_____；手机：_____；		
		项目医院名称_____；项目医生姓名_____；		
项目医生填写	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。