



附表四

非低保患者-医学条件确认表

(非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：_____		
		项目医院名称 _____；项目医生姓名 _____		
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。