

诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 医学确认表

| 1. 患者信息 | | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------|
| 患者姓名 | 符玉转 | 身份证号码 | 460004196205094425 |
| 医院名称 | 海南省人民医院 | 注册医生姓名 | 陈明元 |
| 联系电话 | | | |
| 15799088598 | | | |
| 2. 医学条件评估 | | | |
| 临床诊断为 ALK+NSCLC | 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是否有病理诊断 报告 | 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| | | 或是否有ALK 检测报告 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 是否符合 赞可达适应症 | 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 建议服用剂量 | 450mg qd |
| 注册医生签字 | 陈明元 | 填表时间 | 2020.6.18 |

备注:

1. 此表由注册医生本人填写, 不得空缺和涂改。如有涂改, 需在涂改处签字。
2. 作为项目注册医生特此确认: 已审阅患者过去所有病历记录, 影像学报告及病理报告做出本次诊断。
3. 患者需要提供所有医学材料的原件, 原件交由医生审查, 所有复印件需由注册医生签字或盖章后同本表格一同邮寄给项目办公室审核。

中国妇女发展基金会保留 (此原件患者需同其他审核资料一起邮寄至项目办)

项目热线: 4000 1919 06周一至周五 (9:00-17:00)
邮政信箱地址: 北京市 100001 信箱50分箱