



非凡活力——多发性硬化患者救助项目 医学随访表

申请人填写					
姓名		年龄		本人 / 家属联系方式	
项目医院				项目医生	
项目医生填写部分					
治疗情况	是否有使用富马酸二甲酯肠溶胶囊的禁忌症			☐ 是	☐ 否
	患者是否出现说明书中提到的停药注意事项			☐ 是	☐ 否
	末次使用富马酸二甲酯肠溶胶囊治疗时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
医生处方意见					
该患者是否符合本项目医学条件: ☐ 是 ☐ 否 建议继续使用富马酸二甲酯肠溶胶囊治疗, 治疗剂量 _____, 本次申请援助药品: 1盒 (240 mg*56粒)					
项目医生签字		项目医生盖章		填表日期	____ 年 ____ 月 ____ 日
备注: 1. 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、涂改等) 造成此表格作废。表格必填内容涂改部分, 需要项目医生签字并加盖项目医生专用章 2. 若患者未按时随访, 则不能领取援助药品。					