

费凡掌控 - 前列腺癌患者援助项目

医学信息随访表

申请人填写				
姓名		年龄		本人联系方式
				家属联系方式
项目医院				项目医生
项目医生填写				
病史与诊断 (□ 请打勾)	已根据治疗常规使用注射用醋酸地加瑞克（费蒙格®）治疗		共____月 / 次	
	PSA 水平 (请填入前一次检查结果)		____ng/ml	
	血清睾酮 (请填入前一次检查结果)		____ng/ml	
	是否维持去势状态		☐ 是 ☐ 否	
	是否存在临床进展 (指临床病情的进展情况, 由医生自行判断)		☐ 是 ☐ 否	
	如果治疗前已经转移, 目前转移灶情况是否改善		☐ 是 ☐ 否	
患者是否出现不良事件 (□请打勾) (若是, 请填写《不良事件报告表》并与本表一起提交)			☐ 是 ☐ 否	
项目医生处方意见				
建议继续使用注射用醋酸地加瑞克（费蒙格®）治疗：维持剂量 80mg/28 天。 项目医生签字： 项目医生盖章： 填表日期：				
备注：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。请项目医生签字并盖项目专用章。医生签字并盖项目专用章。PSA、血清睾酮、使用注射用醋酸地加瑞克（费蒙格®）情况为非必填项。				