

费凡掌控 - 前列腺癌患者援助项目

医学条件确认表

申请人填写				
姓名		年龄		本人联系方式
身份证号				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)	是否诊断为前列腺癌	☐ 是 ☐ 否	疾病确诊时间	
	是否已经手术治疗	☐ 是 ☐ 否	是否已经转移	☐ 是 ☐ 否
	病理结果是否支持诊断 (备注: 病理报告单复印件请项目医生签字并盖项目专用章。)	☐ 是 ☐ 否	是否有影像学资料支持	☐ 是 ☐ 否
	PSA (请填入前一次检查结果)	_____ng/ml	血清睾酮	_____ng/ml
治疗情况 (□ 请打勾)	是否需要雄激素剥夺治疗:			☐ 是 ☐ 否
	有无使用注射用醋酸地加瑞克 (费蒙格®) 的禁忌症:			☐ 是 ☐ 否
	如果已经开始使用注射用醋酸地加瑞克 (费蒙格®), 请注明已使用:			共_____月 / 次
患者是否出现不良事件 (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				
该患者符合本项目医学条件, 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。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。				