



申请表单（附表二）

中国初级卫生保健基金会 瑞得新生患者援助项目 医学条件确认表

申请人填写（必填）																							
姓 名		联系电话																					
身份证号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
项目医院		项目医生																					
项目医生填写（必填）																							
病史与诊断	<input type="checkbox"/> 绝经后妇女的晚期乳腺癌的治疗。如为雌激素受体阴性的病人，应对他莫昔芬呈现阳性的临床反应。 <input type="checkbox"/> 绝经后妇女激素受体阳性的早期乳腺癌的辅助治疗。 <input type="checkbox"/> 曾接受 2 到 3 年他莫昔芬辅助治疗的绝经后妇女激素受体阳性的早期乳腺癌的辅助治疗。																						
医生处方意见（必填）																							
该患者是否符合阿那曲唑片（瑞宁得®）在中国获批的适应症	<input type="checkbox"/> 符合		<input type="checkbox"/> 不符合																				
是否可再继续服用阿那曲唑片（瑞宁得®）	<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否																				
		项目医生盖章： 项目医生签字： 填表日期：																					

备注：

- 1、该表必须由项目医生签字、加盖项目医生专用章，并填写日期。
- 2、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）造成表格作废。
- 3、医学条件是入组条件中的其中一项，患者是否符合入组条件由瑞得新生患者援助项目办判断和最终决定。