

中国初级卫生保健基金会 生命绿洲患者援助公益基金

苏达新生患者援助项目

医学条件确认表

申请人填写					
姓 名		本人联系电话		家属联系电话	
身份证号					
项目医院				项目医生	
项目医生填写					
病史与诊断	疾病诊断 ☐ 非胰腺神经内分泌瘤 ☐ 胰腺神经内分泌瘤				
治疗情况	苏泰达®(索凡替尼胶囊)治疗已进行 _____ 周期, 首次治疗日期: _____				
病理学检查	是否确诊: ☐ 是 ☐ 否 病理分级 ☐ G1 ☐ G2				
影像学检查	方法: ☐ CT ☐ MRI ☐ 其他 是否有影像学可评估病灶: ☐ 是 ☐ 否				
是否建议给患者口服苏泰达®(索凡替尼胶囊)			☐ 是 ☐ 否		
提示:治疗期间根据个体患者的安全性和耐受性, 允许暂停给药或根据医生建议调整苏泰达®(索凡替尼胶囊)剂量。 项目医生签字: 项目医生盖章: 填 表 日 期:					
备注: *本医学条件确认表有效期 2周(14天), 逾期无效。 *附上相应报告单复印件(需项目医生签字并盖项目章), 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)造成此表格作废。					