中国初级卫生保健基金会

瑞得新生患者援助项目

医学随访表

申请人填写（必填）			
姓　　名		联系电话	
身份证号			
项目医院		项目医生	
项目医生填写（必填）			
乳腺癌	☐ 早期	☐ 晚期	
早期乳腺癌辅助治疗患者	☐ 无复发	☐ 有复发	
	复发部位，请简述：_____		
晚期乳腺癌患者按照RECIST标准评估阿那曲唑片（瑞宁得®）治疗效果	☐CR	☐PR	☐SD　　☐PD
医生处方意见（必填）			
是否符合阿那曲唑片（瑞宁得®）中国获批适应症	☐符合	☐不符合	
是否继续使用阿那曲唑片（瑞宁得®）治疗	☐是	☐否，请描述原因：_____	

项目医生盖章：

项目医生签字：

填表日期：

填表说明：

1. **随访评估的CT影像学报告+诊断文字，有效期为180个自然日**
2. 若患者未按时随访，则不能领取援助药品

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。