



中国初级卫生保健基金会
晴乐相伴-胃肠间质瘤患者援助项目
第____次医学信息随访表

申请人填写	
姓名_____性别 ☐ 男 ☐ 女 年龄_____	本人手机_____
身份证号_____	家属手机_____
项目医院_____	项目医生_____
项目医生填写	
疗效评估	☐ SD (肿块大小较基线值变化情况： ☐ 缩小 ☐ 无变化 ☐ 增大) ☐ PR ☐ CR ☐ PD
目前肿块最大径	_____cm × _____cm
上一阶段瑞派替尼服用情况	☐ 正常 ☐ 暂停 原因_____ 停药_____天 ☐ 减量 减量为_____ 原因_____
服用瑞派替尼期间是否出现不良反应	☐ 否 ☐ 是，请描述_____ (如出现，请项目医生填写《不良事件报告表》并一起邮寄至项目办公室)
医学材料	请医生确认患者是否已提供如下医学材料(请在患者提供的医学材料对应选项处“√”)： ☐ CT或MRI影像学检查单(二选一) 注： a)影像学检查报告日期距申请日期前60天内，且检查单报告日期与前一次申请所提供的检查单报告日期应不同 b)影像学检查报告上需文字描述肿块大小：检查报告单本身描述或由处方医生手写出肿块大小并签名 c)CT或MRI检查报告单，需要同首次申请提供的影像学检查类型保持一致，即例如初次提交的是MRI检查报告单，则后续每次申请都应提交MRI检查报告单。
项目医生处方意见：	
该患者符合本项目医学条件，建议使用瑞派替尼进行治疗，治疗数量为_____瓶(50mg,30片/瓶)。	
项目医生签字并盖项目章：_____ 填表日期：_____	

备注：

- 1.医学信息随访表需项目医生签字盖章有效。
- 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、涂改等)造成此表格作废。若有涂改，请项目医生在涂改处签字。
- 3.请患者在用药前15天上传申请材料，以免耽误患者治疗。
- 4.该表格填表时间在项目办收到的1个月内有效