



中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目 患者随访表

(2017年7月版)

所在医院		填表医生	
患者姓名		唯一号码	
身份证号			
性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	联系电话	
出现无法耐受的副作用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病人体力状态 (ECOG 评分)	
按照 RECIST 标准评估泰瑞沙治疗效果	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD
填表时间			
项目注册医生签字盖章 确认			

填表说明:

- 1、 此表由医生填写，项目注册医生签字盖章确认。不得空缺、不得涂改，有效期为 15 个自然日。
- 2、 患者需要将随访表原件以及 CT 或核磁共振检查报告单通过中国邮政 EMS 邮寄到中华慈善总会泰瑞沙项目指定信箱地址：北京市 100034 信箱 25 分箱。收件人：泰瑞沙项目。
- 3、 CT 或核磁共振检查报告日期应早于随访表中的填表时间，而且与随访表中的填表时间相较不得超过 15 个自然日。
- 4、 患者随访将在收到材料 3 个工作日内出结果。若随访未通过，我办将及时联系患者。若随访通过，我办不再另行通知，患者可主动查询，以便继续领取援助药品。
- 5、 若患者未按时随访，或不能提交符合项目规定的 CT 或核磁共振检查报告单，则不能领取援助药品。
- 6、 患者可以拨打项目热线 4008186006 查询随访结果。
- 7、 此表格可使用 A4 纸张下载打印或复印。