

北京华康公益基金会
科学守卫·赛佑新生-患者援助公益项目
医学条件确认表

申请人填写					
姓 名		年 龄		本人联系电话	
身份证号				家属联系电话	
项目医院				项目医生	
项目医生填写					
病史与诊断	疾病诊断	☐ 肺癌 其他: _____			
	疾病确诊时间				
	是否使用注射用盐酸曲拉西利 (科赛拉®) 治疗	☐ 是 (开始用药时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 治疗方案: _____ 天/周期 用药剂量: _____ 盒/周期) ☐ 否			
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划“√”) ☐ 确诊病理报告; ☐ 当前临床诊断支持材料: 疾病诊断证明/出院记录; ☐ 其他医学诊断材料: _____				
禁忌症	有无使用注射用盐酸曲拉西利 (科赛拉®) 的禁忌症 ☐ 有 ☐ 无				
患者是否出现不良事件	☐ 是 ☐ 否 (若是, 请填写《不良事件报告表》并与本表一起提交)				
项目医生处方意见					
该患者是否符合入组医学标准 ☐ 符合 ☐ 不符合 项目医生签字: _____ 填表日期: _____					