

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
医学信息随访表

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					
治疗情况	已使用注射用盐酸曲拉西利（科赛拉®）治疗_____周期 用药剂量：_____盒/周期				
临床评估	☐ 近一个月内的影像学报告（MRI/超声） ☐ 其他诊断资料： 临床进展 ☐ 是 ☐ 否（指临床病情的进展情况，由医生自行判断）				
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：_____					