

第 _____ 次医学信息随访表

申请人填写：

| | | | | | |
|------|--|------|------|----|---|
| 姓名 | | 患者编号 | | 性别 | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> |
| 本人手机 | | | 家属手机 | | |
| 项目医院 | | | 项目医生 | | |

项目医生填写：

出现无法耐受反应 是 否

| | | | |
|----------------------|------------------|----------------------|---|
| 最近一次肺功能检查时间 (如果有) | _____年____月____日 | 最近一次肺功能检查结果 (如果有) | FVC 实测值 : _____ ml FVC 预测值 : _____ ml FVC 实测值 / 预测值 : _____ % |
|----------------------|------------------|----------------------|---|

医生处方意见：

是否继续使用乙磺酸尼达尼布治疗 是 否，如否，请描述原因： _____

本次申请援助药品 _____ mg _____ 盒

项目医生签字：

填表日期：

备注：

1. 患者若出现毒副反应，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。
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。
3. 若患者未按时随访，则不能领取援助药品。

填表说明：本表用于项目办公室备案使用，请填写真实信息。