

## 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、盖项目章：

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。