中国癌症基金会
帕捷特患者援助项目
入 组 患 者 转 诊 申 请 表

<table>
<tr><td colspan="2">患者姓名：</td><td>性别：</td><td>年龄：</td></tr>
<tr><td colspan="4">家庭住址：</td></tr>
<tr><td colspan="2">电话：</td><td colspan="2">患者编码：</td></tr>
<tr><td>患者申请</td><td colspan="3">理由：

签字：　　日期：</td></tr>
<tr><td colspan="2">就诊指定医院：</td><td colspan="2">指定医生：</td></tr>
<tr><td>转诊意见</td><td colspan="3">

签字盖章：　　日期：</td></tr>
<tr><td colspan="2">接诊指定医院：</td><td colspan="2">指定医生：</td></tr>
<tr><td>接诊意见</td><td colspan="3">

签字盖章：　　日期：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">项目办公室审批</td><td colspan="3">项目办公室意见：

经办人：　　日期：</td></tr>
<tr><td colspan="3">办公室主任签字：　　日期：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">通知药房</td><td colspan="3">转出：
药房负责人　　患者于　　年　月　日
转出你处，接到通知后请停止对该患者发药。</td></tr>
<tr><td colspan="3">转入：
药房负责人　　患者于　　年　月　日
转入你处，接到通知后可开始对该患者发药，发药程序按持续领药规定执行。</td></tr>
</table>