中国癌症基金会帕捷特入组患者

申请赫赛汀药品信息表第__次

患者填写	姓名_____ 年龄_____ 性别_____ 身份证号码 □□□□□□□□□□□□□□□□□□	**患者签字** (必填) _____ 日期 _____
医生填写	**是否符合适应症用药：** 是 □ 否 □ **□ 建议继续使用赫赛汀治疗：** 用药剂量为_____mg q3w□ 其它□_____ **□ 建议停用赫赛汀治疗，原因：**_____ **使用赫赛汀安全性评估：** 任何不良事件：无□ 有□ 请注明_____	**指定医生/ 授权医生签字：** _____ **指定医生项目专用章** _____ 日期 _____
药师填写	患者的随访领药材料是否已经通过项目办审核： 是 □ 否 □ 是否患者本人领取援助药品：是 □ 否 □ 赫赛汀援助药品领取支数：_____支 **指定药师签字：**_____ **日期：**_____	
备注	请申请人配合指定医生完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成此表格作废。	