

患者入组编号：_____ 本次随访为申请第_____次援助药品

中国癌症基金会兆珂患者援助项目 医学随访表

姓名：_____ 年龄：_____ 性别：_____

联系电话：_____ 当前治疗医院：_____

随访指标	
患者诊断	<input type="checkbox"/> 与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米和地塞米松联合用药治疗既往至少接受过一线治疗的多发性骨髓瘤成年患者
	<input type="checkbox"/> 单药治疗复发和难治性多发性骨髓瘤成年患者，患者既往接受过包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂的治疗且最后一次治疗时出现疾病进展
疗效和疾病状态评估	<input type="checkbox"/> sCR <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> VGPR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD (除项目规定的周期数此项为必填项，其余阶段均为选填项，详见《用药周期表》样表)
作为兆珂项目指定医生/授权医生，特此确认：已审阅该患者既往病历、骨髓检测报告、近期检查报告等按照2016年IMWG疗效评估标准做出本次疗效和疾病状态评估。	
该患者符合本项目医学条件，建议使用达雷妥尤单抗注射液（兆珂®）治疗。	
计划使用剂量_____mg	目前注射间隔： <input type="checkbox"/> 一周 <input type="checkbox"/> 两周 <input type="checkbox"/> 三周 <input type="checkbox"/> 四周
指定医生签字：	兆珂项目指定医生专用章：
授权医生签字：	填表日期：
备注： 1.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、涂改等）造成此表格作废； 2.附上一疗程使用援助药品的项目专用《援助药品用药记录单》，表格需完整填写同时项目指定/授权医生签字并加盖项目指定医生专用章。	