



中华慈善总会多吉美患者援助项目

肾癌患者医学条件确认表

患者姓名		身份证号码		联系电话	
医院名称			注册医生姓名		
病理诊断为肾细胞癌	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	多吉美治疗开始时间	年 月 日		
请医生确认患者是否已提供以下医学材料（请在患者提供的医学材料对应选项处划“√”）：					
一、诊断材料					
1) <input type="checkbox"/> 确诊RCC的病理报告					
二、疗效判断材料（以下两项资料须全部提供）					
1) <input type="checkbox"/> 服用多吉美前的影像学报告（CT/MRI）					
2) <input type="checkbox"/> 多吉美治疗8-12周的影像学报告（CT/MRI）					
注意：以上医生确认患者已提供的所有医学资料原件（如为复印件需要加盖医院章）需全部邮寄至项目办进行审核。					
是否符合援助医学标准	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	建议服用剂量	400mg <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QOD <input type="checkbox"/> 其他 _____		
备注					
注册医生签字并盖章		填表时间	年 月 日		

备注：1、此表由注册医生本人填写，不得空缺和涂改。如有涂改，需在涂改处盖注册医生章。

2、此表自填表之日起，有效期2个月。

3、此表格适用于不能进行线上申请的患者，如为线上申请患者，则本表格的信息和相关医学证明资料均通过线上提交。

4、本表及上述医生确认患者已提供的所有医学资料原件（如为复印件需要加盖医院章）需全部通过中国邮政EMS邮寄到中华慈善总会多吉美项目办公室指定信箱：北京市100034信箱22号分箱。收件人：多吉美项目办公室。

5、如获知不良事件或其他需要报告的情况，请确保在获知的一个工作日内报告至拜耳公司药物警戒部门（传真010-85505141或邮件pv.china@bayer.com）。

6、项目热线:400-864-2150