附表三

中华慈善总会安维汀慈善援助项目

预约信息表

患者基本信息

姓　　名：_____ 年　龄：_____ 性　别：□ 男 □ 女 婚姻状况：_____

身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□

联系地址：_____ 省 _____ 市 _____

联系电话：_____ 邮编：_____

夫妻双方年总收入：_____ 其余直系亲属年总收入：_____

身　　高：_____ cm 体　重：_____ kg

疾病诊断：_____ 是否有转移：□ 否 □ 是；转移部位：_____

是否做过 KARS 检测：□ 否 □ 是； 检测结果：□ 野生型 □ 突变型 □ 未知

是否享受医保：是 □ 否 □

医保类型：城镇职工医疗保险 □ 城镇居民医疗保险 □ 公费医疗 □ 商业医疗保险 □

农村合作医疗保险 □ 军队系统医疗 □ 其它 _____

医保所属地：_____ 省 _____ 市

当前化疗记录

化疗方案：_____

该化疗方案为几线治疗：□ 一线； □ 二线； □ 三线； □ 三线以上

本次化疗共需 _____ 个周期，每疗程间隔时间 _____ 周

化疗开始日期：_____

使用安维汀治疗

就诊医院：_____省_____市_____医院

就诊科室：_____

就诊医生：_____

开始使用安维汀时间：_____

目前安维汀用法用量：_____周 _____盒(100mg)

当前治疗为几线治疗：□ 一线； □ 二线； □ 三线； □ 三线以上

是否和以上化疗联合：□ 是 □ 否

声明：本人承诺，预约中提供的所有内容均真实准确，并愿意承担因提供虚假信息造成的后果。本人完全同意，项目预约被批准与获得援助没有必然联系。

患者签名：_____

日　　期：_____

* 本表格中的专业信息可向您的医生咨询后填写。
* 请将此表邮寄至"北京100034-10信箱"进行预约（只接收EMS和挂号信）。
* 本表格仅作为项目预约，不作为项目申请，请在开始使用安维汀的同时进行预约，最迟不超过1个月，并请仔细阅读项目手册、患者告知书和患者知情同意书。
* 上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。