

医学信息随访表

| 申请人填写 | | | |
|--|---|---|---------------|
| 姓名 | | 本人联系方式 | |
| 年龄 | | 家属联系方式 | |
| 项目医院 | | 项目医生 | |
| 项目医生填写 | | | |
| 治疗情况 | 已使用醋酸阿比特龙（晴可舒®）_____个疗程 | | 治疗剂量：_____g/d |
| 疾病情况 | 疾病是否进展 | <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 影像学进展 <input type="checkbox"/> 临床进展) <input type="checkbox"/> 否 | |
| | 转移灶是否改善 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| | 睾酮 | _____ (最近一次检查结果) | |
| | PSA | _____ (最近一次检查结果) | |
| 患者是否出现不良事件 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 若是请填写《不良事件报告表》与本表一起提交 | |
| 医生处方意见 | | | |
| 建议继续使用醋酸阿比特龙（晴可舒®）进行治疗，预计此疗程用药_____盒（120片/盒） | | | |
| 项目医生签字：_____ 填表日期：_____ | | | |
| 备注： 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。若有涂改，请项目医生在涂改处签字。 | | | |

填表说明：本表用于项目办公室备案使用，请填写真实信息。

