**第　年医学条件第(一)1次随访评估表**

**注：本表打印四份，第一联交给项目办公室，第二联医生留存，第三联药房保存，第四联患者自行保存**

|  |
| --- |
| **1.患者信息** |
| 指定医院名称 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 年龄 |  | 唯一编码 |  |
| 联系电话 |  | 家属联系电话 |  |
| **2.医学条件评估** |
| 实验室和影像学检查 | 膀胱镜： B 超： 肉眼可见血尿： □是 □否其他 ：  |
| 必赛吉用药记录 | 开始使用时间： 共计已使用次数： |
| 治疗期间有无不良事件 | □无 □有（请描述） . |
| 是否建议继续使用必赛吉 | □是 □否（注明原因） . |
| **3.处方** |
| 数量： □ 必赛吉 2 瓶（60mg/瓶），合计120mg* 其他：

用法： □ 120mg /次，膀胱灌注 □ 其他： .建议下次用药时间： 年 月 日指定医生/授权医生签字、盖章（项目专用章） 年 月 日 |