**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 | | | | |