北京爱谱癌症患者关爱基金会

雅美罗特殊患者援助项目

医学随访表

患者信息

身份证号

姓名 年龄 性别 男 女

身高 体重

家庭住址 省 市 邮编

联系电话 手机

随访指标

■肝功能＜正常上限值3 倍

是 否 检查日期

\* 报告时效为申请前1 个月内

■血常规

血小板计数≥ 100×109/L 是 否 检查日期

中性粒细胞计数>1×109/L 是 否 检查日期

\* 报告时效为申请前1 个月内

注：如患者在使用托珠单抗注射液之后出现实验室检查指标异常，请填写不良事件报告表并报告至项目主办方。

■是否建议继续托珠单抗注射液治疗

是 否

其他意见：

患者使用托珠单抗注射液后是否有不良事件（包括实验室检查指标异常）发生：

A 无不良事件

B 如发生不良事件，请填写《不良事件报告表》，并与项目其它申请资料一起提交项目办

医院 科室

医生 日期