

次轮申请

第_____次医学信息随访表

申请人填写							
姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年龄		联系电话	
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□						
项目医院					项目医生		
项目医生填写							
出现无法耐受反应 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
辅助检查	<p>请医生确认患者本次随访提供以下医学材料</p> <p>1) 申请当月门诊病历/住院记录复印件 (二选一)</p> <p>2) 申请当月MRI (核磁) 报告单复印件</p> <p>注:</p> <p>1) 第1、3、5、7次随访需提供第1、2项, 患者第2、4、6次随访需提供第1项;</p> <p>2) 每次随访提交的第1、2项不得重复</p>						
医生处方意见:							
该患者是否符合入组医学标准 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合							
本次援助贴片数量: <u> 2 </u> 盒 (白色、黑色各一盒)							
						项目医生签字:	
						项目医生盖章:	
						填表日期:	
备注:							
<p>1、请患者配合项目医生完整填写此表, 避免因填写原因 (缺填、漏填、错填等) 造成表格作废</p> <p>2、若患者未按时随访, 则不能领取援助贴片</p> <p>3、为了不耽误患者治疗, 用完贴片前15天邮寄至项目办公室, 审核通过后方可领取援助贴片</p> <p>4、该表格填表时间在项目办公室收到的1个月内有效</p> <p>5、为了解患者每天治疗的时长以及发现使用中出现的问題, 请患者积极配合专业技术支持人员关于肿瘤电场治疗设备使用情况的了解和数据信息收集。</p> <p>6、请患者遵从说明书的使用要求, 需要同时使用四片电场贴片。每周需更换两次电场贴片 (3-4天更换一次), 并持续使用肿瘤电场治疗仪进行治疗。</p> <p>7、2021年7月1日启用。</p>							