

第 _____ 次医学信息随访表

申请人填写：					
姓名		患者编号		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
本人联系电话		家属联系电话			
项目医院		项目医生			
项目医生填写：					
服用特立氟胺片(奥巴捷®)治疗后肝肾功能出现异常				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
服用特立氟胺片(奥巴捷®)治疗后全血细胞计数出现异常				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
服用特立氟胺片(奥巴捷®)后血压发生变化				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
服用特立氟胺片(奥巴捷®)治疗后是否出现其他无法耐受反应				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
年复发次数 (ARR)					
扩展残疾状况量表得分(EDSS Score)					
治疗效果评估				<input type="checkbox"/> 缓解 <input type="checkbox"/> 复发 <input type="checkbox"/> 病情恶化	
医生处方意见：					
是否继续使用特立氟胺片 (奥巴捷®) 治疗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，如否，请描述原因： _____					
本次申请援助药品14mg _____ 盒					
项目医生签字、盖项目章：				填表日期：	
备注：					
1. 患者若出现毒副反应，请项目医生填写《个例安全性信息报告 (ISI) 表》并一起邮寄至项目办公室。					
2. 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、错填等) 造成表格作废。					
3. 若患者未按时随访，则不能领取援助药品。					

填表说明：本表用于项目办公室备案使用，请填写真实信息。

