



唯晴可待 - 白求恩·晴唯可[®] 公益捐助项目

医学条件确认表

患者 基 本 信 息	患者填写	
	姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 手机：_____ 身份证号码：_____ 项目医院：_____	
医 学 条 件 评 估 信 息	项目医生填写	
	病史与诊断	<input type="checkbox"/> 难治性贫血 <input type="checkbox"/> 难治性贫血伴环形铁粒幼细胞增多 <input type="checkbox"/> 难治性贫血伴原始细胞增多 <input type="checkbox"/> 难治性贫血伴原始细胞增多转化型 <input type="checkbox"/> 慢性粒-单核细胞白血病 IPSS 评分： <input type="checkbox"/> 中危 -1 <input type="checkbox"/> 中危 -2 <input type="checkbox"/> 高危
		<input type="checkbox"/> 伴 MDS 病史的急性髓系白血病 <input type="checkbox"/> 复发难治性急性髓系白血病 <input type="checkbox"/> 急性髓系白血病（60 周岁以上包含 60 周岁）
	治疗情况	是否适合注射用地西他滨（晴唯可 [®] ）治疗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	检查情况	提供疾病诊断证明书，项目医生签字
	不良事件：患者使用注射用地西他滨（晴唯可 [®] ）后是否有严重不良事件发生： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 （如勾选“是”，请填写《严重不良事件报告表》，并与其他材料一同提交）	
	医生诊断意见： 该患者符合本项目医学条件，建议继续使用注射用地西他滨（晴唯可 [®] ）治疗。 <input type="checkbox"/> 3 天方案 <input type="checkbox"/> 5 天方案 <input type="checkbox"/> 其他，备注 _____ 预计此疗程内用药 25mg____ 支，10mg____ 支 项目医生签字：_____ 填表日期：_____	
备注	请申请人配合项目医生完整填写此表，避免因漏填、错填等原因造成此表格作废。	