中国妇女发展基金会
China Women's Development Foundation

诺爱患者援助——赞可达患者援助项目
医学确认表

1. 患者信息					
患者姓名	赵X	身份证号码	110xxxxxxxxxxxxxxx	联系电话	130 xxxx xxxx
医院名称	北京xxxxxxxx医院		注册医生姓名	李XX	

2. 医学条件评估			
临床诊断为ALK阳性的NSCLC	是 ☐ 否 ☐ 按实际诊断情况填写	是否有病理诊断报告 或是否有ALK检测报告	是 ☐ 否 ☐ 按实际诊断情况填写 是 ☐ 否 ☐
服药前诊断（二选一）	克唑替尼进展 ☐ 克唑替尼不耐受 ☐	按实际诊断情况填写	
是否符合接受过克唑替尼治疗后进展的或者对克唑替尼不耐受的ALK阳性的局部晚期或NSCLC的适应症	是 ☐ 否 ☐ 按实际诊断情况填写	建议服用剂量	由医生填写
注册医生签字	注册医生本人签字	填表时间	20xx年 xx月 xx日

备注：

1. 此表由注册医生本人填写，不得空缺和涂改。如有涂改，需在涂改处签字。
2. 作为项目注册医生特此确认：已审阅患者过去所有病历记录，影像学报告及病理报告做出本次诊断。
3. 患者需要提供所有医学材料的原件，原件交由医生审查，**所有复印件需由注册医生签字或盖章后同本表格一同邮寄给项目办公室审核。**

中国妇女发展基金会保留（此原件患者需同其他审核资料一起邮寄至项目办）