



中华慈善总会捷恪卫患者援助项目 申请人医学随访表（MF）

患者姓名		性别		年龄	
身份证号		电话			
以下内容由注册医生填写					
医院名称				注册医生姓名	
服药前疾病诊断	<input type="checkbox"/> 原发性骨髓纤维化（PMF） <input type="checkbox"/> 真性红细胞增多症继发的骨髓纤维化（PPV-MF） <input type="checkbox"/> 原发性血小板增多症继发的骨髓纤维化（PET-MF）				
起始服药剂量	<input type="checkbox"/> 5mg BID <input type="checkbox"/> 10mg BID <input type="checkbox"/> 15mg BID <input type="checkbox"/> 20mg BID <input type="checkbox"/> 25mg BID				
近一个月内血小板计数	<input type="checkbox"/> $< 25 \times 10^9/L$ <input type="checkbox"/> $> 25 \times 10^9/L$				
捷恪卫治疗效果	<input type="checkbox"/> 服药有效 <input type="checkbox"/> 服药无效				
是否符合继续援助医学标准	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
备注					
注册医生签字				填表日期	

备注：

- 1、此表须由注册医生（项目医务志愿者）亲自填写，不得空缺。此表格有涂改，须注册医生在涂改处签字。
- 2、患者每三个月需到指定注册医生处进行随访，并将随访结果提交至项目办，如未提交随访结果或随访结果不合格，将无法继续领取援助药品。
- 3、本表格及患者近一个月的血常规报告单复印件需要通过中国邮政EMS邮寄到中华慈善总会捷恪卫项目办公室邮箱：北京市100034-24信箱。
- 4、若随访未通过，我办将及时联系患者，补充合格随访材料，方可正常领取援助药品。