



中华慈善总会万他维慈善援助项目

患者随访表

| | | | |
|--------------|---|-----------------|---|
| 医院名称 | | 填表医生 | |
| 患者姓名 | | 患者编号 | |
| 性 别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 联系电话 | |
| 万他维目前疗效评价 | <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 稳定 <input type="checkbox"/> 进展 | | |
| 是否应该继续万他维治疗 | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 上次综合评估后是否达到停药标准 | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 |
| 建议万他维使用剂量 | 每次_____ 微克，每天_____ 次。 | | |
| 备 注 | | | |
| 项目注册医生签字盖章确认 | | | |
| 填表时间 | | | |

填表说明：1、此表由医生填写，签字盖章确认，不得空缺、不得涂改。

- 2、患者需要将随访表原件及综合评估原件（心超报告和六分钟步行测试）通过中国邮政 EMS 邮寄到北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会万他维项目办公室。
- 3、若随访未通过，我办将及时联系患者。若随访通过，我办不再另行通知，患者可以继续领取援助药品。
- 4、若患者未按时随访，则不能领取援助药品。
- 5、此表格可使用 A4 纸张下载打印或复印。