



中国癌症基金会英立达患者援助项目



Inlyta Patient Assistance Program

转诊患者申请表

以下内容由患者本人填写				
姓名		性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年龄	岁
唯一编码		手机		
邮寄地址省.....市.....区/县			
患者转诊申请	申请转诊原因：..... 患者本人签字：..... 二〇.....年.....月.....日			
以下内容由指定医生填写				
现就诊医院		指定医生		
是否同意转诊	同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 指定医生签字：..... 盖章（项目专用章）：..... 二〇.....年.....月.....日			
以下内容由接诊医生填写				
接诊医院		指定医生		
是否同意转诊	同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 指定医生签字：..... 盖章（项目专用章）：..... 二〇.....年.....月.....日			
以下内容由项目办填写				
项目办意见	同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 办公室主任签字：..... 经办人：..... 二〇.....年.....月.....日			



联系电话：010-67123993

邮寄地址：北京 2258 信箱（只接受邮政特快专递）

接收人：英立达患者援助项目办公室



入组患者转诊流程

为方便患者就诊，入组患者可以根据需求办理转诊手续后更换指定医生管理，现将办理转诊手续规定如下：

1、转诊要求：

- 患者要在不影响治疗的原则下进行转诊，以保证患者的治疗、检查、用药的连续性；
- 需转诊的患者一定要征得双方指定医生同意，由原指定医生对患者的今后治疗提出意见，同时在将要接诊的指定医生同意接受的情况下才能进行转诊。
- 患者按照转诊程序办理转诊申请，通过项目办公室审批同意并通知患者后，方能转入新指定医生及药房处随访、领药。审批结果由项目办公室同时通知患者、两地的指定医生和药房。

2、转诊程序：（详见表格）

- 1) 患者提出转诊申请，填写《转诊患者申请表》（表格可在中国癌症基金会官网下载，以下简称“转诊表”）在申请表中要写明转诊原因并签名。
- 2) 患者本人到接诊指定医生处就诊，将患者医学资料及各项检查经医生复查，征得指定医生同意后，接诊医生要在《转诊表》的“是否同意接诊”处勾选意见并签名盖项目专用章；
- 3) 患者将填写好的《转诊表》带到原就诊指定医院指定医生处，由原就诊指定医生在“是否同意转诊”处勾选意见并签名盖项目专用章。
- 4) 患者将填写好患者本人、原就诊指定医生、接诊的指定医生三方意见的《转诊表》原件，加照片两张一同快递到项目办公室，由项目办公室审批。通过审核批准的患者，项目办公室将通过电话或短信形式通知患者。
- 5) 患者接到通知后请将《入组患者领药手册》封面内页“患者基本信息”的“领药城市”、“指定医院名称”和“指定医生（授权医生）姓名”自行更改，并按照项目正常领药流程进行随访领药。



中国癌症基金会英立达患者援助项目



Inlyta Patient Assistance Program

医学条件确认表

患者信息 (患者亲自填写)					
姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年龄	
患者联系方式			家属联系方式		
身份证号					
指定医院				指定医生	
医学条件评估 (指定医生填写)					
该患者诊断为:					
<input type="checkbox"/> 1、既往服用细胞因子治疗失败 (<input type="checkbox"/> 疾病进展 <input type="checkbox"/> 不能耐受, 原因.....) 所用药物名称..... 治疗时间.....					
<input type="checkbox"/> 2、既往服用酪氨酸激酶抑制剂治疗失败 (<input type="checkbox"/> 疾病进展 <input type="checkbox"/> 不能耐受, 原因.....) 所用药物名称..... 治疗时间.....					
英立达开始治疗时间年.....月.....日				
英立达治疗 RECIST 评估	CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> 评估日期:年.....月.....日				
是否继续服用英立达	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
医生意见 (指定医生填写)					
(1) 该患者的诊断为:					
<input type="checkbox"/> 既往接受过一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败的进展期肾细胞癌 (RCC) 的成人患者					
(2) 该患者是否符合入组医学标准	符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>				
指定医生/授权医生签字			盖章 (指定医生专用章)		
本次就诊和填表日期年.....月.....日				

注：本表为无碳复写，第一联项目办留存，第二联项目协管员留存，第三联医生留存

温馨提醒:

*请申请人配合指定医生准确、完整填写此表，避免因漏填、错填等耽误申请

*项目指定/授权医生特此确认：已审阅该患者过去的病历记录、影像报告及病理报告做出本次诊断。