

- 首次医学条件确认表 -

申请人填写			
申请人姓名		联系电话	
身份证号码			
指定医院		指定医生	
指定医生填写			
患者诊断	<input type="checkbox"/> 间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期非小细胞肺癌（NSCLC） <input type="checkbox"/> 间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的转移性非小细胞肺癌（NSCLC）： 转移部位： <input type="checkbox"/> 肺部 <input type="checkbox"/> 脑 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 肾上腺 <input type="checkbox"/> 其他部位：_____		
检查报告单	指定医生已审阅并认可的医学材料（勾选）： <input type="checkbox"/> 确诊为非小细胞肺癌的病理报告 确诊为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的原发灶或转移灶的所有影像学检查报告单（近一年内） ALK 阳性的基因检测报告单 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
首次使用 洛拉替尼 (博瑞纳) 日期	年份： <input type="checkbox"/> 2022 年 <input type="checkbox"/> 2023 年 <input type="checkbox"/> 2024 年		
	月份： <input type="checkbox"/> 1 月 <input type="checkbox"/> 2 月 <input type="checkbox"/> 3 月 <input type="checkbox"/> 4 月 <input type="checkbox"/> 5 月 <input type="checkbox"/> 6 月 <input type="checkbox"/> 7 月 <input type="checkbox"/> 8 月 <input type="checkbox"/> 9 月 <input type="checkbox"/> 10 月 <input type="checkbox"/> 11 月 <input type="checkbox"/> 12 月		
	日期： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31		
使用洛拉替尼（博瑞纳）治疗是否有不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>有：是否愿意接受辉瑞公司安全部门的随访：<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否			
指定医生意见			
该患者符合国家药品监督管理局批准的洛拉替尼（博瑞纳）适应症（即：本品单药适用于间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者的治疗），可继续使用。			
指定医生签字：		盖章（项目专用章）：	
填表日期	年份： <input type="checkbox"/> 2022 年 <input type="checkbox"/> 2023 年 <input type="checkbox"/> 2024 年		
	月份： <input type="checkbox"/> 1 月 <input type="checkbox"/> 2 月 <input type="checkbox"/> 3 月 <input type="checkbox"/> 4 月 <input type="checkbox"/> 5 月 <input type="checkbox"/> 6 月 <input type="checkbox"/> 7 月 <input type="checkbox"/> 8 月 <input type="checkbox"/> 9 月 <input type="checkbox"/> 10 月 <input type="checkbox"/> 11 月 <input type="checkbox"/> 12 月		
	日期： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31		
填表说明： 1. 本表医学信息须由指定医生填写并签字加盖项目专用章确认，请申请人配合项目医生完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成此表格作废。 2. 填表日期需在第一盒购药发票日期之后。 3. 检查报告单需提供原件或复印件加盖院方章（医院公章、诊断证明专用章、病案复印专用章、主治医生处方章，任选一），由指定医生签字并加盖项目专用章。			