中华慈善总会特罗凯慈善援助项目预约信息表

患者基本信息

姓　名 _____ 年 龄 _____ 性 别 _____

身份证号码 □□□□□□□□□□□□□□□□□□

联系地址 _____ 省 _____ 市 _____

联系电话 _____ 邮 编 _____

夫妻双方年总收入 _____ 其余直系亲属年总收入 _____

是否享受医保：是 □（医保所属地：_____ 省 _____ 市） 否 □

医保类型：城镇职工医疗保险 □ 城镇居民医疗保险 □ 商业医疗保险 □

公费医疗 □ 农村合作医疗保险 □ 军队系统医疗 □ 其它 _____

患者基本诊疗信息

吸烟史 不吸烟 □ 吸烟 □ 未知 □ 曾吸烟 □ 吸烟史 _____ 年_____ 支 年

疾病诊断 _____

肿瘤病理类型 _____

EGFR基因具有敏感突变 是 □ 否 □ 未检测 □

服用特罗凯前是否经过化疗 是 □ 否 □

使用特罗凯治疗

_____ 省 _____ 市 就诊医院 _____

就诊科室 _____ 就诊医生 _____

开始使用特罗凯时间 _____

目前特罗凯用法用量 _____

患者签名：_____ 日 期：_____

声明

本人承诺：预约中提供的所有内容均真实准确，并愿意承担因提供虚假信息造成的后果。本人完全同意，项目预约被批准与获得援助没有必然联系。

*本表格中的专业信息可向您的医生咨询后填写，此表格中所有内容必须填写完整。

*请将此表邮寄至“北京100034-88信箱”进行项目预约（只接收EMS和挂号信）。

*本表格仅作为项目预约，不作为项目申请，请在服用特罗凯2个月内预约，并请仔细阅读项目手册和患者告知书。