



# 中华慈善总会瑞百安慈善援助项目 患者随访表

( 2018 年 10 月 )

医院名称		患者姓名	
身份证号		患者编号	
联系电话			
请注册医生确认患者本次随访是否提供以下医学材料（若提供，请在对应选项处划“√”，若未提供，请勿勾选）：血脂检验报告（检验内容至少包含总胆固醇，TG，LDL-C，HDL-C，ApoB等数据） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无/不适用，请具体描述 _____			
是否建议继续使用瑞百安	<input type="checkbox"/> 继续 <input type="checkbox"/> 停止，请注明原因： _____		
其它事项	其他降脂用药情况： 药物名称 _____，剂量 _____，用法 _____ 药物名称 _____，剂量 _____，用法 _____ 药物名称 _____，剂量 _____，用法 _____  心脑血管事件： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，请具体描述 _____		
填表时间		注册医生 签字盖章确认	

## 填表说明：

- 1、此表由项目注册医生本人填写，并签字盖章确认。不得空缺、不得涂改。本表有效期为 15 个自然日。
- 2、患者需要注射上月援助药品 30 日后，方可进行本月医学随访(患者入组后，前 3 个月每月需要进行一次随访,之后每 3 个月到注册医生处进行一次医学随访)。
- 3、血脂检验报告单日期应不晚于随访表中的填表时间，且与随访表中的填表时间相较不得超过 15 个自然日。本表及患者提供的血脂检验报告单（如为复印件需加盖医院章）需一同通过中国邮政 EMS 邮寄到中华慈善总会瑞百安项目指定信箱地址：北京市 100034 信箱 9分箱  
邮编：100034 收件人：瑞百安项目办公室。
- 4、患者随访将在收到材料 3 个工作日内出结果。若随访未通过，项目办将及时联系患者。患者也可通过手机 APP 查询或拨打项目办热线 010-88361040 查询随访结果。
- 5、若患者未按时随访,或不能提交符合项目办规定的血脂检验报告单，则不能领取援助药品。
- 6、此表格可使用 A4 纸下载打印或复印。