



中华慈善总会爱必妥慈善援助项目 药品使用情况表

患者姓名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
延迟用药说明	<input type="checkbox"/> 住院安排 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	<input type="checkbox"/> 治疗需要 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	<input type="checkbox"/> 节假日 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	<input type="checkbox"/> 其他, 请注明 _____ _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 如发现不良事件, 请同时提交不良事件报告表。		
停药说明	<input type="checkbox"/> 经济原因 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	<input type="checkbox"/> 治疗安排 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	<input type="checkbox"/> 其他, 请注明 _____ _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 如发现不良事件, 请同时提交不良事件报告表。		
填表时间		项目注册医生 签字盖章	

填表说明: 1、在申请项目阶段或援助阶段, 如果需要出具延迟用药说明或停药说明, 请项目注册医生根据患者情况如实填写并加盖项目专用章后邮寄到项目办公室。

2、自填表日期起, 此表有效期为30个自然日。