

# 中国初级卫生保健基金会

## 百川惠民-患者检测补助项目

### 项目申请表

| 申请人信息  |   |      |  |
|--|---|------|--|
| 姓 名  |   | 性 别  |  |
| 身份证号   |   | 联系电话 |  |
| 下方内容由项目医生填写  |   |      |  |
| 医院名称   |   |      |  |
| 疾病诊断   | <input type="checkbox"/> 急性淋巴细胞白血病（ALL） <input type="checkbox"/> 骨髓瘤（MM）<br><input type="checkbox"/> 其他：_____   |      |  |
| 病情评估   | 临床症状（可多选，选择其他需要填写内容）：<br><input type="checkbox"/> 发热 <input type="checkbox"/> 周期性感染 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 头晕<br><input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 其他_____ |      |  |
|  | 请勾选需进行的检测项目（可多选）：<br><input type="checkbox"/> 流式 MRD 检测 <input type="checkbox"/> 骨髓形态<br><input type="checkbox"/> NGS MRD 检测 <input type="checkbox"/> 特定基因位点突变检测  |      |  |
| 项目医生签名   |   | 填表日期 |  |
| 备注：<br>1、该表由项目医生签字，并填写日期。<br>2、请申请人配合项目医生完整填写此表。<br>3、项目医生根据患者病情判断，患者最后是否进行检测，由患者自行选择。 |   |      |  |

