**第 年医学条件确认表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | 性别 |  | | 年龄 | **注：本表打印三份，第一联项目办留存，第二联医生留存，第三联患者自行保存** | |
| 通讯地址（必填） | | |  | | | | | 电话 |  | |
| 第一联系人 | | | 姓名： 与患者关系： | | | | | | | |
| 手机： 固定电话： | | | | | | | |
| ***以下内容由项目指定医生填写*** | | | | | | | | | | |
| **1、医学条件评价** | | | | | | | | | | |
| **医院名称** | | |  | | | | | **指定医生姓名** |  | |
| 疾病诊断 | | 临床诊断：  诊断日期： 年 月 日  分 期： □Tis □Ta □T1  分 级： | | | | | | | | |
| 检查报告 | | □B超检查 □膀胱镜检查 | | | | | | | | |
| 必赛吉开始  治疗时间 | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| **2、医生意见** | | | | | | | | | | |
| 诊断结果 | □高危非肌层浸润性膀胱癌  □其他（请注明原因）： | | | | | | | | | |
| 该患者是否符合入组的医学标准 □符合 □不符合 | | | | | | | | | | |
| 指定医生/授权医生签字 | | | |  | | | 盖章（项目专用章） | | |  |
| 本次就诊填表日期 | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 注：请申请人配合指定医生准确、完整填写此表，避免因漏填、错填等耽误申请 | | | | | | | | | | |