|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | |  | | |
| 居住地 |  | | | | | | |
| **下方内容由项目医生填写** | | | | | | | |
| 医院名称 |  | | | | | | |  | 项目医生 |  |
| 疾病诊断 | □急性淋巴细胞白血病（ALL） □套细胞淋巴瘤(MCL)  □慢性淋巴细胞白血病/小淋巴细胞淋巴瘤(CLL/SLL) □华氏巨球蛋白血症(WM) □骨髓瘤(MM) □其他: | | | | | | |
| 病情评估 | 临床症状**（可多选，选择其他需要填写内容）：**  □发热 □周期性感染 □出血 □头晕  □心悸 □乏力 □其他 | | | | | | |
| 请勾选需进行的检测项目（可多选）： | | | | | | |
| □流行式MRD检测  □染色体检查  □NGS MRD检测  □髓外病理活检 | | | □骨髓形态  □特定基因位突变检测  □FISH基因检测  □高位淋巴瘤基因检测 | | | |
| 项目医生签名 |  | | 填表日期 | | | |  |
| 备注： 1、该表由项目医生签字，并填写日期。 2、请申请人配合项目医生完整填写此表。  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。 | | | | | |  | |