|  |
| --- |
| **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。 |  |