

# 中国初级卫生保健基金会

## 百川惠民-ALL 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			
疾病诊断为急性淋巴细胞白血病	<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否
病情评估	临床症状（可多选，选择其他需要填写内容）：		
	<input type="checkbox"/> 发热 <input type="checkbox"/> 周期性感染 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 头晕 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	基因检测建议： <input type="checkbox"/> 建议进行基因检测		
	需进行的检测项目（可多选）： <input type="checkbox"/> 流行式 MRD 检测 <input type="checkbox"/> 骨髓形态 <input type="checkbox"/> 染色体检查 <input type="checkbox"/> 特定基因位突变检测（选择后，需勾选下方选项）		
特定基因位突变检测（下方二选一）： <input type="checkbox"/> B 系前 10 位基因重排位点检测 <input type="checkbox"/> T 系前 10 位基因重排位点检测			
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。			

