**无痛守护——诺扬®援助项目**

**医学条件评估表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 注册医生姓名 |  | 所在医院 | |  | |
| 患者姓名 |  | 身份证号 | |  | |
| 患者电话 |  | 联系地址 | |  | |
| 电子邮箱 |  | | | | |
| 肿瘤病理学诊断 |  | 是否伴有癌痛 | | □无 □有 | |
| 癌痛的疼痛程度 | □轻 □中 □重 | 是否正在接受镇痛治疗 | | □无 □有，镇痛药物： | |
| 是否伴有爆发痛 | □无 □有，平均每日爆发痛发作次数： | | | | |
| 项目注册医生建议：  是否参与无痛守护项目使用诺扬**®**镇痛： □是 ☑否  建议使用剂量为：每日 次，每次 喷 | | | | | |
| 注册医生签字 |  | | 时间 | |  |

填表说明：

本表须由项目注册医生填写并签字确认，内容不得空缺，不得涂改，表格有效期为三个月。