**球爱-儿童及青少年脊柱侧弯患者援助项目追踪反馈表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 档案编号 |  | 追踪人 |  | 追踪时间 |  |
| 患者姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 监护人1姓名 |  | 与患者关系 |  | 联系方式 |  |
| 监护人2姓名 |  | 与患者关系 |  | 联系方式 |  |
| 治疗费用情况 | 治疗总花费 | | （万元） | | |
| 家庭自筹 | 家庭借债 | 保险报销 | 球爱援助 | 其他援助 |
|  |  |  |  |  |
| 现在生活状况 | 后续治疗 |  | | | |
| 身体恢复情况 |  | | | |
| 学习 |  | | | |
| 工作 |  | | | |
| 生活 |  | | | |
| 心理 |  | | | |
| 其他 |  | | | |
| 监护人综合意见反馈 |  | | | | |
| 其他反馈 |  | | | | |
| 治疗前照片 | | | 手术后（三天内）照片 | | |
|  | | |  | | |
| 手术后30天照片 | | | 手术后60天照片 | | |
|  | | |  | | |

备注：如为组织代患者申请，则代申请组织需在患者手术后60天后最终完成此表，并向北京球爱的天空慈善基金会回馈此表