





## 入组患者转诊流程

首先您应该知晓管理您的项目指定医生（授权医生）是为您开具《医学条件确认表》的医生，进入索坦患者援助项目后按项目规定到该医生处就诊，由这位指定医生（授权医生）定期为您进行各项检查复诊，并开具《入组患者领药手册》中《随访表/处方笺》，不能随意更换指定医生。为方便患者就诊，入组患者可以根据需求，在办理转诊手续后，转换指定医生管理。

现将办理转诊手续规定如下：

### 1、转诊要求：

- 只有患者驻地或地区设有指定医院的患者才可提出转诊要求，驻地无指定医院或其他原因要求转诊者不在此范围内；
- 患者要在不影响治疗的原则下进行转诊，以保证患者的治疗、检查、用药的连续性；
- 需转诊的患者，一定要在征得双方指定医生同意的情况下，才能进行转诊；
- 患者按照转诊程序办理转诊申请，经项目办公室审批并通知患者后，方能转入变更后指定医生及药房处随访、领药。审批结果由项目办公室同时通知患者和药房。

### 2、转诊程序：

- 1) 患者向项目办提出转诊申请，填写《入组患者转诊申请表》（表格可在中国癌症基金会官网下载，以下简称《申请表》），写明转诊原因并签名。
- 2) 患者到接诊指定医生处就诊时，须将医学资料交由医生进行评估，征得指定医生同意并填写《医学条件确认表》、《申请表》内的“接诊意见”，并在《确认表》、《申请表》以及影像学检查报告单（距《确认表》“本次就诊与填表日期”三个月内有效）上签名盖指定医生项目专用章。
- 3) 患者将填写好的《申请表》带到原就诊指定医生处，由原就诊指定医生在“转诊意见”处填写意见并签名盖项目专用章。
- 4) 患者将填写完整后的上述材料以及2张一寸照片邮寄到项目办公室，经项目办审核通过后，以电话或短信方式通知患者。
- 5) 患者转诊后沿用原有《入组患者随访领药手册》，到接诊指定医生处随访，由指定医生开具《手册》中《随访表/处方笺》。患者持《手册》，按领药程序到新指定药房领药，领药前请自行修改《手册》封面内页的“指定医院/医生”名称等信息。



## 索坦医学条件确认表

(第一联项目办公室联)

1、患者信息					
姓名		性别		年龄	
身份证号					
联系电话 1		联系电话 2			
指定医院		指定医生			
2、医学条件评价 (医生填写)					
临床诊断	<input type="checkbox"/> GIST		<input type="checkbox"/> RCC		<input type="checkbox"/> pNET (G1/G2)
指定医生已审阅并认可的医学材料:					
<input type="checkbox"/> 首次确诊的病历 (包括但不限于住院首页、出院小结) <input type="checkbox"/> 明确的病理报告 (包括穿刺活检) <input type="checkbox"/> 影像学检查报告 (CT/PET-CT/MRI/B超/胸片) <input type="checkbox"/> GIST: 已服用过甲磺酸伊马替尼 <input type="checkbox"/> 可测量或可评估病灶部位: _____					
索坦开始治疗时间	年 月 日				
索坦治疗 RECIST 评估	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> 连续服药后 PD <input type="checkbox"/> 停药半年后 PD 若勾选 PD 则是否愿意接受辉瑞公司随访: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
是否继续服用索坦	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
3、医生意见					
(1) 该患者的诊断为:					
<input type="checkbox"/> 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的胃肠间质瘤 (GIST) <input type="checkbox"/> 不能手术的晚期肾细胞癌 (RCC) <input type="checkbox"/> 不可切除的, 转移性高分化进展期胰腺神经内分泌瘤 (pNET) 成年患者					
(2) 该患者是否符合入组的医学标准 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合					
指定/授权医生签字		盖章 (项目专用章)			
本次评估和填表日期	_____年_____月_____日				

注: 本表为无碳复写, 第一联项目办留存, 第二联医生留存, 第三联患者留存

请申请人配合指定/授权医生准确、完整填写此表, 避免因漏填、错填等耽误申请

注: 作为项目指定/授权医生特此确认: 已审阅该患者过去的病历记录、影像报告及病理报告做出本次诊断。



## 索坦医学条件确认表

(第二联医生联)

1、患者信息					
姓名		性别		年龄	
身份证号					
联系电话 1		联系电话 2			
指定医院		指定医生			
2、医学条件评价 (医生填写)					
临床诊断	<input type="checkbox"/> GIST		<input type="checkbox"/> RCC		<input type="checkbox"/> pNET (G1/G2)
指定医生已审阅并认可的医学材料:					
<input type="checkbox"/> 首次确诊的病历 (包括但不限于住院首页、出院小结) <input type="checkbox"/> 明确的病理报告 (包括穿刺活检) <input type="checkbox"/> 影像学检查报告 (CT/PET-CT/MRI/B超/胸片) <input type="checkbox"/> GIST: 已服用过甲磺酸伊马替尼 <input type="checkbox"/> 可测量或可评估病灶部位: _____					
索坦开始治疗时间	年 月 日				
索坦治疗 RECIST 评估	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> 连续服药后 PD <input type="checkbox"/> 停药半年后 PD 若勾选 PD 则是否愿意接受辉瑞公司随访: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
是否继续服用索坦	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
3、医生意见					
(1) 该患者的诊断为:					
<input type="checkbox"/> 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的胃肠间质瘤 (GIST) <input type="checkbox"/> 不能手术的晚期肾细胞癌 (RCC) <input type="checkbox"/> 不可切除的, 转移性高分化进展期胰腺神经内分泌瘤 (pNET) 成年患者					
(2) 该患者是否符合入组的医学标准 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合					
指定/授权医生签字		盖章 (项目专用章)			
本次评估和填表日期	_____年_____月_____日				

注: 本表为无碳复写, 第一联项目办留存, 第二联医生留存, 第三联患者留存

请申请人配合指定/授权医生准确、完整填写此表, 避免因漏填、错填等耽误申请

注: 作为项目指定/授权医生特此确认: 已审阅该患者过去的病历记录、影像报告及病理报告做出本次诊断。



## 索坦医学条件确认表

(第三联患者联)

1、患者信息					
姓名		性别		年龄	
身份证号					
联系电话 1		联系电话 2			
指定医院		指定医生			
2、医学条件评价 (医生填写)					
临床诊断	<input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> RCC <input type="checkbox"/> pNET (G1/G2)				
指定医生已审阅并认可的医学材料:					
<input type="checkbox"/> 首次确诊的病历 (包括但不限于住院首页、出院小结) <input type="checkbox"/> 明确的病理报告 (包括穿刺活检) <input type="checkbox"/> 影像学检查报告 (CT/PET-CT/MRI/B超/胸片) <input type="checkbox"/> GIST: 已服用过甲磺酸伊马替尼 <input type="checkbox"/> 可测量或可评估病灶部位: _____					
索坦开始治疗时间	年      月      日				
索坦治疗 RECIST 评估	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> 连续服药后 PD <input type="checkbox"/> 停药半年后 PD 若勾选 PD 则是否愿意接受辉瑞公司随访: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
是否继续服用索坦	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
3、医生意见					
(1) 该患者的诊断为:					
<input type="checkbox"/> 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的胃肠间质瘤 (GIST) <input type="checkbox"/> 不能手术的晚期肾细胞癌 (RCC) <input type="checkbox"/> 不可切除的, 转移性高分化进展期胰腺神经内分泌瘤 (pNET) 成年患者					
(2) 该患者是否符合入组的医学标准 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合					
指定/授权医生签字		盖章 (项目专用章)			
本次评估和填表日期	_____年_____月_____日				

注: 本表为无碳复写, 第一联项目办留存, 第二联医生留存, 第三联患者留存

请申请人配合指定/授权医生准确、完整填写此表, 避免因漏填、错填等耽误申请

注: 作为项目指定/授权医生特此确认: 已审阅该患者过去的病历记录、影像报告及病理报告做出本次诊断。