八、中国癌症基金会泰圣奇患者援助项目随访评估表

第 ____ 次

1、患者信息（患者填写）			
姓　名		性　别	☐男　　☐女
年　龄		唯一编码	
身份证号			

2、医学条件评估（医生填写）	
PS 评分	☐0　☐1　☐2　☐3　☐4
近三月内最近一次疗效评估的影像学检查	
必填项（任选其一）	☐胸部 CT（检查时间：____年____月____日）　☐可测量病灶，肿瘤大小___ ☐不可测量病灶 ☐PET CT（检查时间：____年____月____日）　☐可测量病灶，肿瘤大小 __ ☐不可测量病灶
选填项（如适用）	☐头颅 MRI/增强 CT（检查时间：____年____月____日）　☐可测量病灶，肿瘤大小 __ ☐不可测量病灶 ☐骨扫描（检查时间：____年____月____日）　☐可测量病灶，肿瘤大小 __ ☐不可测量病灶 ☐腹部 CT （检查时间：____年____月____日）　☐可测量病灶，肿瘤大小 __ ☐不可测量病灶 ☐其他 _____（检查时间：____年____月____日）　☐可测量病灶，肿瘤大小 __ ☐不可测量病灶

目前完成泰圣奇®治疗后疗效评估，根据 RECIST 1.1：

☐CR　☐PR　☐SD　☐PD

在治疗中是否发生不良反应？☐是，_____ ☐否

同意患者继续使用泰圣奇治疗：

☐是　☐否（注明原因）_____

3、用法用量（医生填写）
治疗剂量：_____mg；　用法：_____ **指定医生签字：**_____　**盖章（项目专用章）：** **日期：**_____**年**_____**月**_____**日**