

中国癌症基金会泰圣奇患者援助项目

初次申请医学评估表

1、患者信息（患者填写）															
姓 名						性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				年 龄				
身份证/军官证号码															
2、医学条件评价（医生填写）															
诊 断	<input type="checkbox"/> 广泛期小细胞肺癌（ES-SCLC）患者，诊断日期：_____														
泰圣奇开始治疗时间	年 月 日														
此次是否为针对广泛期的一线治疗										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
PS 评分	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4														
影像学检查（近半年内）															
必填项 (任选其一)	<input type="checkbox"/> 胸部 CT					(检查时间：____年____月____日)									
	<input type="checkbox"/> PET CT					(检查时间：____年____月____日)									
选填项 (如适用)	<input type="checkbox"/> 头颅MRI/增强CT					(检查时间：____年____月____日)									
	<input type="checkbox"/> 骨扫描					(检查时间：____年____月____日)									
	<input type="checkbox"/> 腹部 CT					(检查时间：____年____月____日)									
	<input type="checkbox"/> 其他 _____					(检查时间：____年____月____日)									
患者在治疗过程中是否发生不良反应？ <input type="checkbox"/> 是， _____ <input type="checkbox"/> 否															
3、用法用量（医生填写）															
治疗剂量： _____mg； 用法： _____															
4、医生意见（医生填写）															
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															
指定医生/授权医生签字							盖章（项目专用章）								
本次就诊和填表日期					年 月 日										

