

11. 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
年 龄					唯一编码								
身份证/军官证号码													
2、医学条件评估（医生填写）													
PS 评分	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 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)	<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)								
目前完成泰圣奇®治疗后疗效评估，根据 RECIST 1.1:													
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD													
患者在治疗过程中是否发生不良反应？ <input type="checkbox"/> 是， _____ <input type="checkbox"/> 否													
同意患者继续使用泰圣奇治疗：													
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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/授权医生签字： _____ 盖章（项目专用章）：													
日期： _____ 年 ____ 月 ____ 日													