



中国癌症基金会
安圣莎患者援助项目

随访领药手册



患者姓名：_____

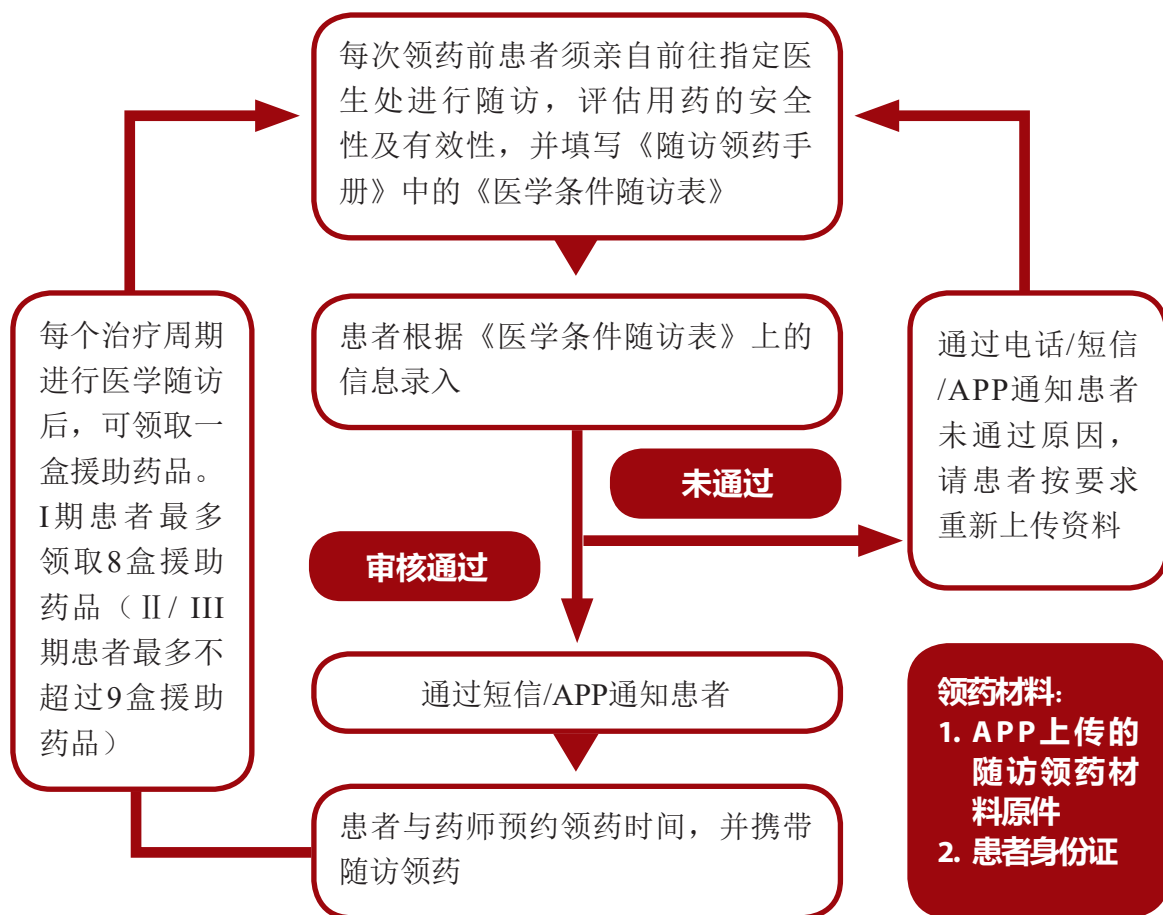
患者编码：_____

双面胶

双面胶



后续援助药品流程



注：

1. 请指定药师核对患者身份证及相关领药信息，患者必须本人领药，不允许代领，依据患者情况，援助患者完成一个治疗疗程（为期一年内）最多不超过8盒（II/III期患者最多不超过9盒援助药品）。
2. 请携带备注栏中注明的领药材料。
3. 发票必须来自指定/认可的医院/药店，抬头必须是患者本人，时间必须合理，自费用药必须是中国大陆包装。
4. 援助药品包装上注明“非卖品，仅限于中国大陆患者慈善援助药品使用”中英文字样。
5. 所有申请材料概不退还，请根据需要自行复印留存。



入组患者领药流程说明

领药注意事项：

领药人仅限患者本人（禁止家属代领）；领药人在领药前务必将领药时用的资料上传至APP并审核通过；领药手册首页注明“药师代收的资料”及相关证件务必带齐。

领药时请与药师当面点清药品数量后并在患者随访领药手册中“领药信息”及“安圣莎患者援助项目药品流向单”上签字。

患者领药后使用安圣莎，并由指定医生在随访领药手册上填写随访记录，由患者填写每个周期的不良事件记录。

领药流程如下：

在收到项目办公室快递给您的文件后，需每个用药周期将以下资料填写完整并请指定医生/授权医生签字盖章，上传至APP通过审核后，与药房的药师联系（见药店地址页）确定领药时间；领药时请您一定携带以下证件和资料到指定药房，经指定药师核对材料无误后，领取援助药品：

1. 指定医院指定医生/授权医生开具《随访领药手册》中的《医学条件随访表》；
2. 相关身份证明：患者本人领药需带：本人身份证原件及复印件；
3. 检查报告单复印件（指定/授权医生签字盖章）；
4. 请药师代收的其他相关材料（注：需要药师代收的相关医学材料，请确保有指定或授权医生的签字盖章）。

在办理过程中，如遇任何问题，请拨打安圣莎患者援助项目免费热线：400-000-6910。

此领药流程从2019年1月1日开始实行。

中国癌症基金会
安圣莎患者援助项目办公室
2018年12月31日



入组患者邮寄材料说明

您好：

您的申请材料已经审核完毕，您已被批准正式进入安圣莎患者援助项目。

我们给您邮寄的资料及其用途说明如下：

1. 指定药房的地址和电话：指定药房定时开放，开放日期详见药房地址页介绍，请每次领药前一定与药师提前联系确定领药时间。
2. 中国癌症基金会安圣莎患者援助项目热线电话：400-000-6910，该热线电话是免费的，您如果有需要可以拨打。
3. 中国癌症基金会安圣莎患者援助项目官方网站：请随时关注中国癌症基金会安圣莎患者援助项目公告 <http://www.cfchina.org.cn/>。
4. 随访领药手册：此手册是入组患者随访领药、用药的凭证，请您妥善保管，并请仔细阅读手册首页及入组患者领药流程说明。
5. 安圣莎患者援助项目 APP：患者可通过 APP 上传电子材料。

安卓版



苹果版



6. 安圣莎患者援助项目官方邮箱：apspcfc@163.com

您收到邮件后请您认真阅读所有材料，领药时请带齐您的相关材料及证明。

中国癌症基金会
安圣莎患者援助项目办公室
2018年12月31日

医学条件第 1 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（最近3个月内，胸部CT或PET-CT至少选填一项）：			
<input type="checkbox"/> 胸部CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部B超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用1个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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			
（需填写处方日期，处方日期七天有效）			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 1 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（最近3个月内，胸部CT或PET-CT至少选填一项）：			
<input type="checkbox"/> 胸部CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部B超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用1个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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 （需填写处方日期，处方日期七天有效）			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 2 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（选填）：			
<input type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅 MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用 1 个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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 (需填写处方日期，处方日期七天有效)			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 2 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（选填）：			
<input type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅 MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input checked="" type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用 1 个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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 (需填写处方日期，处方日期七天有效)			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 3 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（选填）：			
<input type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅 MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用 1 个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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			
（需填写处方日期，处方日期七天有效）			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 3 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（选填）：			
<input type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅 MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用 1 个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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			
（需填写处方日期，处方日期七天有效）			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 4 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（最近3个月内，胸部CT或PET-CT至少选填一项）：			
<input type="checkbox"/> 胸部CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部B超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用1个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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 (需填写处方日期，处方日期七天有效)			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 4 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（最近 3 个月内，胸部 CT 或 PET-CT 至少选填一项）：			
<input type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅 MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用 1 个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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			
（需填写处方日期，处方日期七天有效）			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 5 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（选填）：			
<input type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅 MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用 1 个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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			
（需填写处方日期，处方日期七天有效）			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第_5_次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（选填）：			
<input type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅 MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用 1 个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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			
（需填写处方日期，处方日期七天有效）			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 6 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（选填）：			
<input type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅 MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用 1 个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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			
（需填写处方日期，处方日期七天有效）			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 6 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（选填）：			
<input type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅 MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用 1 个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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 (需填写处方日期，处方日期七天有效)			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 7 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（最近3个月内，胸部CT或PET-CT至少选填一项）：			
<input type="checkbox"/> 胸部CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部B超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用1个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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			
（需填写处方日期，处方日期七天有效）			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 7 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（最近3个月内，胸部CT或PET-CT至少选填一项）：			
<input type="checkbox"/> 胸部CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部B超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用1个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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 (需填写处方日期，处方日期七天有效)			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 8 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（选填）：			
<input type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅 MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用 1 个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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			
（需填写处方日期，处方日期七天有效）			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	

医学条件第 8 次随访表

1、患者信息（患者填写）			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号			
手机		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
影像学检查（选填）：			
<input type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 头颅 MRI（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 骨扫描（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
<input type="checkbox"/> 其他（如适用）（检查时间：____年__月__日）	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
服用安圣莎后安全性评估（至少服用 1 个治疗周期）			
不可耐受的毒副反应： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> *有（请注明）：_____			
*患者如发生任何不良事件（包括非疾病自然进程相关的进展），请医生按要求填写《不良事件报告表》，并与项目其他资料一同提交。			
3、治疗后影像学疗效评估：			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
4、安圣莎继续治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
若停药原因为不良反应，是否原因接受罗氏药品安全部门随访			
<input type="checkbox"/> 是（请提供医生联系方式：_____） <input type="checkbox"/> 否			
5、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			
（需填写处方日期，处方日期七天有效）			
6、领药信息（患者和指定药师共同填写）			
患者于____年__月__日领取援助药品：			
<input type="checkbox"/> 安圣莎____盒（药品标准剂量）。			
预估下次领药日期：____年__月__日之后。			
领药人签字：_____		药师签字：_____	