中国癌症基金会帕捷特®患者援助项目
申请信息表

<table>
<tr><td>患者填写</td><td>姓名_____ 年龄_____ 性别_____
身份证号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□
居住地址_____省_____市_____
第一联系人_____，电话_____，关系_____
第二联系人_____，电话_____，关系_____
当前治疗的医院_____
医保信息：
是否参加医保：□否 □是（如选择是，请如实填写如下医保内容。）
医保类型：□城镇职工 □城镇居民 □新农合 □公费医疗 □其他_____</td><td>患者签字(必填）
_____
日期
_____</td></tr>
<tr><td>医生填写</td><td>HER2 检测结果： 阳性□ 阴性□
既往未接受过针对晚期的全身性治疗： 是 □ 否□
是否符合帕捷特晚期适应症用药： 是□ 否□
检查报告单（请指定/授权医生务必填写标*项目，除超声心动图检查时间为近 3 个月内，其余检查时间为近一年内。）
超声心动图*：正常□ 异常： 检查时间：
腹部 B 超/CT/MRI*: 正常□ 异常： 检查时间：
胸部 CT*: 正常□ 异常： 检查时间：
其它：_____（转移部位影像学检查） 正常□ 异常： 检查时间：
注：请患者根据医生填写的检查项，附上最近相应的检查报告单复印件（指定医生或授权医生签字并加盖指定医生项目专用章）
ECOG 评分： 0 分□ 1 分□ 2 分□ 3 分□ 4 分□
□建议使用帕捷特®治疗：用药剂量为_____mg q3w□ 其它□_____
□建议停用帕捷特®治疗，原因_____</td><td>指定医生/授权医生签字：
_____
指定医生项目专用章
_____
日期
_____</td></tr>
<tr><td></td><td>使用帕捷特安全性评估：
任何不良事件： 无□ 有□ 请注明_____</td><td></td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="2">• 请申请人配合指定医生完整填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成此表格作废。
• 此表格仅适用于申请中国癌症基金会帕捷特患者援助项目的新增晚期适应症的帕捷特药品援助</td></tr>
</table>