中国癌症基金会帕捷特®患者援助项目

第（ ）次随访评估表

<table>
<tr><td>患者填写</td><td>姓名_____ 年龄_____ 性别_____ 入组编码_____
身份证号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□
居住地址_____省_____市_____
有效联系人_____ 手机_____
当前治疗医院_____</td><td>患者签字（必填）
_____
日期
_____</td></tr>
<tr><td>医生填写</td><td>
<table>
<tr><td colspan="4">检查报告单（请指定/授权医生务必填写标*项，除超声心动图检查时间为近 3 个月内，其余检查请医生根据患者当前病情填写最近结果。）</td></tr>
<tr><td>超声心动图*：</td><td>正常□</td><td>异常：</td><td>检查时间：</td></tr>
<tr><td>其他：
（疗效评估影像学检查）</td><td>正常□</td><td>异常：</td><td>检查时间：</td></tr>
<tr><td colspan="4">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）</td></tr>
</table>
末次疗效评估： □未出现进展 □出现进展
ECOG 评分：0 分□ 1 分□ 2 分□ 3 分□ 4 分□
治疗期间<u>不良事件</u>：
□建议继续使用帕捷特®治疗：用药剂量为_____mg q3w□ 其它□____
□建议停用帕捷特®治疗，原因_____
使用帕捷特安全性评估：
任何不良事件： 无□ 有□ 请注明：_____</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>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。</td></tr>
</table>