

# 中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目

## 再次申请医学评估表

第 \_\_\_\_ 次

患者填写部分	基本信息	姓名 _____ 年龄 _____ 性别 _____ 身份证号 _____ 地址 _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 有效联系人 _____ ， 电话 _____	患者签字  填表日期
医生填写部分	影像学检查报告	※ 超声心动图（三个月内） 检查时间： _____ ※ 乳房 B 超/钼靶（六个月内）检查时间 _____ ※ 以下检查项目请至少选填一项（六个月内）： 腹部 B 超： 检查时间 _____ 胸片/胸部 CT/胸部 MRI： 检查时间 _____ 骨扫描： 检查时间 _____ PET-CT： 检查时间 _____ 其他 _____： 检查时间 _____	指定医生 签字  项目专用章
	用药评估	※ 早期乳腺癌： 患者疾病有无复发（或转移） 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ※ 晚期乳腺癌： 患者最近一次疗效评估是 CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 建议使用赫赛莱治疗， 用药剂量： _____ 用药方案： q3w <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 建议停用赫赛莱治疗， 停用原因： _____ 不良事件： 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 请注明： _____ 注： 患者如发生不良事件（包含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》， 并与项目材料一同提交。	填表日期