

中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目

随访评估表

第 ____ 次

入组编码: _____

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