

中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目

首次申请医学评估表

患者填写部分	基本信息	姓名 _____ 年龄 _____ 性别 _____ 身份证号 _____ 邮寄地址 _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 第一联系人 _____，电话 _____，关系 _____ 第二联系人 _____，电话 _____，关系 _____	患者签字
	医保信息	参加医保： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 医保类型： 城镇职工 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> _____	填表日期
医生填写部分	早期医学条件评价及影像学检查报告	<input type="checkbox"/> 适用赫赛莱 早期 乳腺癌适应症：患者既往接受过紫杉烷类联合曲妥珠单抗为基础的辅助治疗，仍残存侵袭性病灶的 HER2 阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗。 ※ 超声心动图（三个月内） ： 检查时间_____ ※ 早期乳腺癌 ：以下检查项目请至少选填一项（近六个月内）： 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
	晚期医学条件评价及影像学检查报告	<input type="checkbox"/> 适用赫赛莱 晚期 乳腺癌适应症： <input type="checkbox"/> 1. 既往接受过针对局部晚期或转移性乳腺癌的治疗 <input type="checkbox"/> 2. 在辅助治疗期间或辅助治疗完成 6 个月内出现疾病复发 辅助治疗期间复发： <input type="checkbox"/> 是 辅助治疗开始时间： _____ 辅助治疗完成 6 个月内复发： <input type="checkbox"/> 是 辅助治疗完成时间： _____ ※ 超声心动图（三个月内） ： 检查时间_____ ※ 晚期乳腺癌 ：以下体现转移或复发的检查项目请至少选填一项： CT： 检查时间： _____ 转移部位(如适用)： _____ MRI： 检查时间： _____ 转移部位(如适用)： _____ 其他_____ 检查时间： _____ 转移部位(如适用)： _____	项目专用章
	用药评估	声明：指定医生确认此患者符合赫赛莱®在中国获批的适应症和说明书： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <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