

# 中国癌症基金会泰圣奇（肝癌）患者援助项目

## 第\_\_次随访评估表

患者填写	姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 龄		患者签字  填表日期	
	身份证/军人证号码							
	联系方式 1		联系方式 2					
指定医生填写	医学条件评价	PS 评分 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 注：星标部分至少选填一项，其余部分如适用可填写。 注：需为近三个月内的最近一次疗效评估的实验室和影像学检查。 ※ <input type="checkbox"/> 腹部 CT（检查时间：____年__月__日） ※ <input type="checkbox"/> 腹部 MRI（检查时间：____年__月__日） <input type="checkbox"/> AFP____ng/ml（检查时间：____年__月__日） <input type="checkbox"/> HBV DNA____IU/mL（检查时间：____年__月__日） <input type="checkbox"/> Child-Pugh 评分____分（检查时间：____年__月__日）						指定医生签字
	医生评价	患者目前接受过泰圣奇®联合贝伐珠单抗治疗，疗效评估结果如下： <input type="checkbox"/> 仍有临床获益 （若影像学显示根据 RECISTv1.1 评估为疾病进展，则请注明临床获益理由：_____） <input type="checkbox"/> 临床获益丧失						项目专用章
	填写	同意患者继续使用泰圣奇治疗： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 泰圣奇治疗剂量：_____mg； 用法：_____						填表日期
	用药评估	若联合使用安维汀时， 同意患者继续使用安维汀治疗： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 安维汀治疗剂量：_____mg； 用法：_____						
*若出现任何不良事件，请医生按要求填写《不良事件报告表》								

注：作为项目指定医生，特此确认：已审阅该患者过去的病历记录和检查报告并作出本次诊断。