

中国癌症基金会泰圣奇（肝癌）患者援助项目

再次申请医学评估表

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	PS 评分	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4						指定医生签字 项目专用章 填表日期	
	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。								
	医学条件评价	※ <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）									
患者目前疗效评估结果如下：									
<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									
用药评估	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：_____								
*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。