

中国癌症基金会泰圣奇（肝癌）患者援助项目

首次援助申请医学评估表

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								
	邮寄地址								
	联系方式 1				联系方式 2				
指定医生	医学条件评价	患者诊断	<input type="checkbox"/> 既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌 <small>*声明：参照国家卫健委最新版《原发性肝癌诊疗规范》和《CSCO 原发性肝癌诊疗指南》，符合病理学和/或临床诊断标准，指定医生确认此患者符合“既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌”诊断</small>						指定医生签字
		泰圣奇开始治疗时间	年 月 日						
		PS 评分	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4						
医生填写	用药评估	使用泰圣奇®治疗，确认泰圣奇®的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书 <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>符合 <input type="checkbox"/>不符合</div> 确认该患者符合医学入组标准 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 泰圣奇治疗剂量：_____mg；用法：_____						项目专用章 填表日期	
注：1、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。 2、项目办公室批准患者的入组申请后，将按照表格中填写的“邮寄地址”向患者邮寄《随访领药手册》。请患者确认“邮寄地址”真实有效，因地址有误造成的后果，由患者自行承担。									