

样表

中国癌症基金会泰圣奇（早期非小细胞肺癌）患者援助项目 申请医学评估表（样表）

1、患者信息（患者填写）																		
姓名	王五					性别	<input checked="" type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女		年龄	XX						
身份证/军官证号码	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2、医学条件评价（医生填写）																		
诊断	<input checked="" type="checkbox"/> 早期（II-III A 期*）非小细胞肺癌患者																	
是否接受肺癌切除手术	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																	
是否接受以铂类为基础的化疗	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																	
分子检测	PD-L1 ≥1%或阳性 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																	
影像学检查（患者接受泰圣奇®治疗后且项目申请前四个月内最近一次）																		
必填项	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：XXXX 年 XX 月 XX 日） <input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年____月____日） 以上检查二选一																	
选填项（如适用）	<input type="checkbox"/> 头颅 MRI/增强 CT（检查时间：____年____月____日） <input type="checkbox"/> 腹部 CT（检查时间：____年____月____日） <input type="checkbox"/> 骨扫描（检查时间：____年____月____日） <input type="checkbox"/> 颈部 CT 扫描（检查时间：____年____月____日） <input type="checkbox"/> 其他 _____（检查时间：____年____月____日）																	
患者目前完成泰圣奇®治疗后疗效评估：																		
是否出现疾病复发 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否																		
是否丧失临床获益 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否																		
患者在泰圣奇®治疗过程中是否发生不良反应？ <input type="checkbox"/> 是，_____ <input checked="" type="checkbox"/> 否																		
3、用法用量（医生填写）																		
治疗剂量：1200 mg；用法：Q3W																		
4、医生意见（医生填写）																		
该患者是否符合入组的医学标准 <input checked="" type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合																		
指定医生/授权医生签字	XX					盖章（项目专用章）					TPAP-CFC							
本次就诊和填表日期	XXXX 年 XX 月 XX 日																	

* 依据国际抗癌联盟/美国癌症联合会分期系统第 7 版

中国癌症基金会泰圣奇（早期非小细胞肺癌）患者援助项目


随访评估表（样表）

第 ____ 次

1、患者信息（患者填写）			
姓 名	王五	性 别	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年 龄	XX	唯一编码	XXXX
2、医学条件评估（医生填写）			
近四个月内最近一次疗效评估的影像学检查			
必填项	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：XXXX 年 XX 月 XX 日） <input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日） 以上检查二选一		
选填项 (如适用)	<input type="checkbox"/> 头颅 MRI/增强 CT（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日） <input type="checkbox"/> 腹部 CT（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日） <input type="checkbox"/> 骨扫描（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日） <input type="checkbox"/> 颈部 CT 扫描（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日） <input type="checkbox"/> 其他 _____（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日）		
患者目前完成泰圣奇*治疗后疗效评估：			
是否出现疾病复发 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否			
是否丧失临床获益 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否			
患者在治疗过程中是否发生不良反应？ <input type="checkbox"/> 是，_____ <input checked="" type="checkbox"/> 否			
同意患者继续使用泰圣奇治疗：			
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
3、用法用量（医生填写）			
治疗剂量：1200 mg； 用法：Q3W			
指定医生/授权医生签字：XX		盖章（项目专用章）：TPAP-CFC	
日期：XXXX 年 XX 月 XX 日			

九、中国癌症基金会泰圣奇患者援助项目

经济评估表（样表）

申请人基本情况																			
申请人姓名： <u>王五</u> 年龄： <u>60</u> 性别： <u>男</u> 婚姻状况： <u>已婚</u> 身份证号码： <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px; height: 20px;"> <tr> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> </table> 联系电话 1： <u>XXXXXXXXXXXX</u> 联系电话 2： <u>XXXXXXXXXXXX</u> 现居住地： <u>河北</u> 省 <u>石家庄</u> 市 <u>XX</u> 区 <u>XX 街道 XX 小区 XX 号楼 XX 单元 XXXX 室</u>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
工作单位填写部分																			
工作单位名称： <u>石家庄市 XX 公司</u> 工作单位地址： <u>河北省石家庄市 XX 区 XX 街道 XX 号</u> 工作部门： <u>XX 部门</u> 职务： <u>XX 职务</u> 工作时间： <u>19XX</u> 年至 <u>20XX</u> 年 上一年度收入： （含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等，并附地税局的个人完税证明） <u>XXXXXX</u> 元 证明人职务： <u>XXXXX</u> 办公电话（固话）： <u>XXX-XXXX-XXXX</u> 证明人签字： <u>XXXXX</u> 证明部门盖章：  证明日期： <u>XXXX 年 XX 月 XX 日</u>																			
患者申请情况说明																			
（患者声明）我在此声明，已完全知晓中国癌症基金会泰圣奇患者援助项目的相关信息，同意并严格遵守项目的相关规定，资源按照程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。 填表人签字： <u>王五</u> 申请人签字： <u>王五</u> 日期： <u>XXXX 年 XX 月 XX 日</u>																			
当地政府部门填写（申请人所在地民政部门、居委会或街道办事处）																			
当地政府部门核准申请人家庭经济困难，无能力支付泰圣奇药品费用 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 （当地政府部门公章） 经办人签字： <u>XX</u> 联系电话（固话）：  经办人职务： <u>XX</u> 日期： <u>XXXX 年 XX 月 XX 日</u>																			

申请人直系亲属信息

家属姓名: 赵 X 性别: 女 年龄: 56 与患者关系: 配偶

身份证号码:

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

手机号码: XXXXXXXXXXXX 座机号码: XXX-XXXXXXXX


工作单位名称: 退休

工作单位地址: 河北省石家庄市 XX 区 XX 街道 XX 号

工作部门: _____ 职务: _____ 工作时间: 19XX 年至 20XX 年

上一年度收入: _____
 (含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等, 并附地税局的个人完税证明) XXXXXX 元

证明人职务: XXXXX 办公电话(固话): XXX-XXXXXXX

证明人签字: XXXXX 单位盖章: 

证明日期: _____

申请人直系亲属信息

家属姓名: 赵 X 性别: 女 年龄: 30 与患者关系: 父女

身份证号码:

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

手机号码: XXXXXXXXXXXX 座机号码: XXX-XXXXXXXX


工作单位名称: 北京市 XXXX 责任有限公司

工作单位地址: 北京市 XX 区 XX 街道 XX 号

工作部门: XXXXX 职务: XXXXX 工作时间: 19XX 年至 20XX 年

上一年度收入: _____
 (含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等, 并附地税局的个人完税证明) XXXXXX 元

证明人职务: XXXXX 办公电话(固话): XXX-XXXXXXX

证明人签字: XXXXX 单位盖章: 

证明日期: XXXX 年 XX 月 XX 日