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

1、患者信息（患者填写）																			
姓　　名						性　　别			☐男　　☐女					年　　龄					
身份证/军官证号码																			

2、医学条件评价（医生填写）	
诊断	☐　早期（II-IIIA 期*）非小细胞肺癌患者
是否接受肺癌切除手术	☐是　☐否
是否接受以铂类为基础的化疗	☐是　☐否
分子检测	PD-L1≥1%或阳性　☐是　☐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	☐胸部 CT（检查时间：_____年_____月_____日） ☐PET-CT（检查时间：_____年_____月_____日） 以上检查二选一
选填项（如适用）	☐头颅 MRI/增强 CT（检查时间：_____年_____月_____日） ☐腹部 CT （检查时间：_____年_____月_____日） ☐骨扫描（检查时间：_____年_____月_____日） ☐颈部 CT 扫描 （检查时间：_____年_____月_____日） ☐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 ☐是　☐否 是否丧失临床获益 ☐是　☐否 患者在泰圣奇®治疗过程中是否发生不良反应？☐是，_____ ☐否	

3、用法用量（医生填写）
治疗剂量：_____mg；　用法：_____

4、医生意见（医生填写）			
该患者是否符合入组的医学标准　☐符合　☐不符合			
指定医生/授权医生签字		盖章（项目专用章）	
本次就诊和填表日期	年　　月　　日		

* 依据国际抗癌联盟/美国癌症联合会分期系统第 7 版