

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

第 ____ 次

1、患者信息（患者填写）			
姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年 龄		唯一编码	
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 type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：____年____月____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 type="checkbox"/> 否			
是否丧失临床获益 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
患者在治疗过程中是否发生不良反应？ <input type="checkbox"/> 是， _____ <input type="checkbox"/> 否			
同意患者继续使用泰圣奇治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
3、用法用量（医生填写）			
治疗剂量：_____mg； 用法：_____			
指定医生/授权医生签字：_____		盖章（项目专用章）：	
日期：____年____月____日			