

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第一阶段申请医学评估表

项目 申请人 填写	患者姓名		年龄		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身份证号码	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	联系地址	_____省_____市 详细地址：_____				
	第一联系人		电话		关系	
	第二联系人		电话		关系	
	项目指定医院					
患者签名：_____						
项目 指定 医师 填写	医学标准	欧狄沃单药适用于接受根治性切除术后伴有高复发风险的尿路上皮癌患者的辅助治疗。 <input type="checkbox"/> 是				
	使用欧狄沃治疗，确认欧狄沃的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书： <input type="checkbox"/> 是					
	指定医师意见	同意欧狄沃继续治疗： <input type="checkbox"/> 是，_____周_____mg <input type="checkbox"/> 否				
	指定医师或 授权医师签名：_____	指定医师 项目专用章：_____	日期：_____			

* 备注：请患者和指定医师完整填写和勾选评估表内容，避免因填写原因（遗漏、错填等）造成本表无效。

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第一阶段申请医学评估表

项目 申请人 填写	患者姓名		年龄		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身份证号码	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
	联系地址	_____省_____市 详细地址：_____				
	第一联系人		电话		关系	
	第二联系人		电话		关系	
	项目指定医院					
患者签名：_____						
项目 指定 医师 填写	医学标准	欧狄沃单药适用于接受根治性切除术后伴有高复发风险的尿路上皮癌患者的辅助治疗。 <input type="checkbox"/> 是				
	使用欧狄沃治疗，确认欧狄沃的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书： <input type="checkbox"/> 是					
	指定医师意见	同意欧狄沃继续治疗： <input type="checkbox"/> 是，_____周_____mg <input type="checkbox"/> 否				
	指定医师或 授权医师签名：_____	指定医师 项目专用章：_____	日期：_____			

* 备注：请患者和指定医师完整填写和勾选评估表内容，避免因填写原因（遗漏、错填等）造成本表无效。