

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第二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"/> <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	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					
	影像学检查 (胸部 CT， 腹部 CT 及盆 腔 CT 三项均需提 供)	胸部 CT:	检查时间：_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
				<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
				<input type="checkbox"/> 未见确切复发转移病灶		
		腹部 CT 或 MRI:	检查时间：_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____		
			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶			
		<input type="checkbox"/> 未见确切复发转移病灶				
	盆腔 CT 或 MRI:	检查时间：_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____			
			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶			
			<input type="checkbox"/> 未见确切复发转移病灶			
	如适用： 膀胱镜检：	检查时间：_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____			
			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶			
			<input type="checkbox"/> 未见确切复发转移病灶			
	目前完成欧狄沃治疗后疗效评估	是否出现复发或转移情况 <input type="checkbox"/> 否 <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

第二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="text"/>				
	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	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					
	影像学检查 (胸部 CT, 腹部 CT 及盆 腔 CT 三项均需提 供)	胸部 CT:	检查时间: _____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小_____		
				<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
				<input type="checkbox"/> 未见确切复发转移病灶		
		腹部 CT 或 MRI:	检查时间: _____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小_____		
			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶			
			<input type="checkbox"/> 未见确切复发转移病灶			
	盆腔 CT 或 MRI:	检查时间: _____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小_____			
			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶			
			<input type="checkbox"/> 未见确切复发转移病灶			
	如适用: 膀胱镜检:	检查时间: _____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小_____			
			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶			
			<input type="checkbox"/> 未见确切复发转移病灶			
	目前完成欧狄沃治疗后疗效评估	是否出现复发或转移情况 <input type="checkbox"/> 否 <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。