

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

援助期第一次随访医学评估表

项目申请人填写	患者入组编码 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	患者姓名	联系电话
	身份证号码 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	患者签字: _____	
项目指定医生填写	目前完成 欧狄沃治疗 后疗效评估	依照RECIST1.1/iRECIST标准: <input type="checkbox"/> CR/iCR <input type="checkbox"/> PR/iPR <input type="checkbox"/> SD/iSD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD/iCPD
	指定医生意见	确认该患者从欧狄沃治疗中获益, 同意欧狄沃继续治疗: _____周 _____mg
	指定医生或 授权医生签名: _____	指定医生 项目专用章: _____ 日期: _____

*备注: 请患者和指定医生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

援助期第一次随访医学评估表

项目 申请人 填写	患者入组编码 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	患者姓名	联系电话
	身份证号码 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	患者签字: _____	
项目 指定 医生 填写	目前完成 欧狄沃治疗 后疗效评估	依照RECIST1.1/iRECIST标准: <input type="checkbox"/> CR/iCR <input type="checkbox"/> PR/iPR <input type="checkbox"/> SD/iSD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD/iCPD
	指定医生意见	确认该患者从欧狄沃治疗中获益, 同意欧狄沃继续治疗: _____周 _____mg
	指定医生或 授权医生签名: _____	指定医生 项目专用章: _____ 日期: _____

*备注: 请患者和指定医生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。