

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"/> <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"/> | | | | | |
| | 第一联系人 | | 电话 | | 关系 | | |
| | 第二联系人 | | 电话 | | 关系 | | |
| | 项目指定医院 | | | | | | |
| 患者签字: _____ | | | | | | | |
| 项目指定医生填写 | 影像学检查 (胸部CT或 PET-CT必填 一项) | 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 | PET-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 |
| | | 头颅MRI/增强CT (如适用): 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 | 骨扫描(如适用): 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 |
| | | 其他(如适用): 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 | | | |
| | 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 | 已审阅并认可患者所提交的医学材料做出本次诊断: <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, 并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

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"/> | | | | | |
| | 第一联系人 | | 电话 | | 关系 | | |
| | 第二联系人 | | 电话 | | 关系 | | |
| | 项目指定医院 | | | | | | |
| 患者签字: _____ | | | | | | | |
| 项目 指定 医生 填写 | 影像学检查 (胸部CT或 PET-CT必填 一项) | 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 | | | |
| | | PET-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 | | | |
| | | 头颅MRI/增强CT 检查时间: _____年____月____日 (如适用): | <input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____ | <input type="checkbox"/> 不可测量病灶 | | | |
| | | 骨扫描(如适用): 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 | | | |
| | 其他(如适用): 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 | | | | |
| 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 | 已审阅并认可患者所提交的医学材料做出本次诊断: <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, 并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。