

# 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="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"/>										
	患者姓名				联系电话							
	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"/>										
	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	是否出现复发或转移情况 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是										
	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="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"/>										
	患者姓名				联系电话							
	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"/>										
	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	是否出现复发或转移情况 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是										
	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。