

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	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
	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	患者疾病诊断： 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					
	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"/>				
	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	患者疾病诊断： 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					
	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。