附表六

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	□男 □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	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	□可测量病灶，肿瘤大小_____ □不可测量病灶 □未见确切复发转移病灶		
		腹部 CT 或 MRI:	检查时间：_____年_____月_____日	□可测量病灶，肿瘤大小_____ □不可测量病灶 □未见确切复发转移病灶		
		盆腔 CT 或 MRI:	检查时间：_____年_____月_____日	□可测量病灶，肿瘤大小_____ □不可测量病灶 □未见确切复发转移病灶		
		如适用：膀胱镜检:	检查时间：_____年_____月_____日	□可测量病灶，肿瘤大小_____ □不可测量病灶 □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 □否 □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： □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。

第一联 患者邮寄项目办

附表六

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	□男 □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	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	□可测量病灶，肿瘤大小_____ □不可测量病灶 □未见确切复发转移病灶		
		腹部 CT 或 MRI:	检查时间：_____年_____月_____日	□可测量病灶，肿瘤大小_____ □不可测量病灶 □未见确切复发转移病灶		
		盆腔 CT 或 MRI:	检查时间：_____年_____月_____日	□可测量病灶，肿瘤大小_____ □不可测量病灶 □未见确切复发转移病灶		
		如适用：膀胱镜检:	检查时间：_____年_____月_____日	□可测量病灶，肿瘤大小_____ □不可测量病灶 □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 □否 □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： □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。

第二联 患者留存