

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"/> | | |
| | 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"/> <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 | 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="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"/> | | | | | |
| | 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。