

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"/>
	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: 接受含铂类方案治疗期间或之后出现疾病进展且肿瘤PD-L1表达阳性(定义为表达PD-L1的肿瘤细胞 \geq 1%)的复发性或转移性头颈部鳞状细胞癌 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
	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="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	患者疾病诊断: 接受含铂类方案治疗期间或之后出现疾病进展且肿瘤PD-L1表达阳性(定义为表达PD-L1的肿瘤细胞 \geq 1%)的复发性或转移性头颈部鳞状细胞癌 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
	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。