

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	<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"/>					
	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 (头颈部CT或 头颈部MRI或 PET-CT必填 一项)	头颈部CT: 检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶			
		头颈部MRI: 检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶			
		PET-CT: 检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶			
		胸部CT(如适用): 检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶			
		其他(如适用): 检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶			
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	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	<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"/>					
	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 (头颈部CT或 头颈部MRI或 PET-CT必填 一项)	头颈部CT:	检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
		头颈部MRI:	检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
		PET-CT:	检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
		胸部CT(如适用):	检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶		
其他(如适用):		检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____	<input type="checkbox"/> 不可测量病灶			
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	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。