

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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | 患者姓名 | 联系电话 |
| | 身份证号码 <input type="text"/> | |
| | 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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | 患者姓名 | 联系电话 |
| | 身份证号码 <input type="text"/> | |
| | 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。